Rok XLVII. Kraków, dnia 4. kwietnia 1908. Nr 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu.

W sprawie powstawania nacieków w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego [1]).

Podał

Doc. Zdzisław Sowiński.

Znaczenie lecznicze rtęci przy wszelkich objawach kiłowych już oddawna jest znane i w tej sprawie dwóch zdań być nie może. Mimo to jednak do obecnej chwili nie powiodło się wypracować ściśle naukowych sposobów stosowania przetworów rtęciowych, wobec czego powstają coraz to nowe sposoby na miejsce dawnych; wnet jednak następuje rozczarowanie, ponowny zwrot ku starym sposobom, i taki stan nieokreślony, oparty czasami na uprzedzeniach osobistych, trwa aż do chwili niniejszej. Istniał i dotąd istnieje sposób stosowania rtęci przez wcierania, jakoteż i przez zażywanie jej wewnątrz. Wobec licznych stron ujemnych tych sposobów zwrócono się do wstrzykiwań do tkanki podskórnej i mięśni. Z jednej strony możliwość wprowadzania pewnej ściśle oznaczonej dawki w każdym poszczególnym przypadku, pewność, iż cała ilość wstrzykniętego przetworu zostanie wessaną, jak również i ta okoliczność, że rtęć przy tym sposobie nie ma wpływu bezpośredniego na narządy trawienia i że w tych razach działa w stosunkowo mniejszych dawkach, wszystko to razem zyskało tej metodzie w krótkim czasie niemało zwolenników. Epoka wstrzykiwań rtęciowych jest jednym z najciekawszych rozdziałów w historyi leczenia kiły. Lecz niestety zapał trwał niedługo. Ze wszech stron poczęły odzywać się skargi na znaczną bolesność w miejscach wstrzyknięć, na tworzenie się nacieków, ropni i nawet martwicy. Wobec tylu stron ujemnych szybko nastąpiło zniechęcenie i wstrzykiwania rychło znalazły niemało przeciwników. Najpierw poczęto zwalać całą winę na sam przetwór chemiczny. Okoliczność ta przyczyniła się do wytwarzania coraz to nowych związków rtęciowych, które odznaczały się przymiotami dodatnimi wyłącznie tylko w rękach tych autorów, którzy je zalecili. Ostatecznie wszystkie środki, stosowane do wstrzyknięć, rozpadły się na dwie grupy: na przetwory rozpuszczalne i nierozpuszczalne, a każda znów z tych grup miała swych zwolenników i swych przeciwników.

[1]) Rzecz odczytana 29. IV. 1906 r. na posiedzeniu rosyjskiego Towarzystwa syfilidol. i dermatol. w Petersburgu.

Przeciwnicy tego lub owego przetworu chemicznego rtęci przytaczają i całe szeregi różnych oddziaływań ujemnych. Tak n. p. Omelczenko (1) opisuje 15 przypadków ropni w okolicy pośladkowej w miejscach wstrzyknięć $^1/_2$% rozczynu sublimatu. Lévy-Bing (2) na 4000 wstrzyknięć przetworów rozpuszczalnych nie spostrzegał ani jednego ropnia, na 1800 zaś wstrzyknięć przetworów nierozpuszczalnych (kalomel) spostrzegał 4 ropnie. Według badań Balzera i Reblauda (3) ropnie takie są skutkiem miejscowej martwicy tkanek, ponieważ sama ropa, badana bakteryologicznie, okazała się jałową.

Salicylanu rtęciowego zasadowego, jako środka leczniczego przy kile, użył do wstrzykiwań pierwszy Silva Aranjo (4), pierwsze zaś próby stosowania tego związku we Francyi podjął Balzer w r. 1889 w »Hôpital de Lourcine« Używano 10% zawiesiny tego przetworu w oleju wazelinowym *(ol. vaselini)*, wstrzykując po 1,0 tej zawiesiny co 8 dni. Dzięki Prof. Tarnowskiemu przetwór ten zyskał szerokie zastosowanie w Rosyi i obecnie stał się jednym z najwięcej rozpowszechnionych. Nie zamierzam tu rozpatrywać wszystkich stron ujemnych, jakiemi odznaczają się przetwory nierozpuszczalne w ogólności, a salicylan rtęciowy w szczególności, lecz ograniczę się do jednego z najczęstszych powikłań w miejscach wstrzyknień, a mianowicie nacieków.

Etyologia owych nacieków jest do obecnej chwili niejasna. Chirurdzy twierdzą, iż wszystkie nacieki, spostrzegane po wstrzyknięciach rtęci, są wywoływane przez drobnoustroje; rzekomo są to następstwa naszych uchybień względem aseptyki i antyseptyki. Otóż z góry można przypuszczać, iż nacieki w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego mają inne pochodzenie. Bądź co bądź bowiem, nacieki, pomimo jednakowych warunków ostrożności, w jednych przypadkach rozwijają się, w drugich zaś ich nie bywa.

Dotychczasowe badania wydały wyniki następujące: Omelczenko w 15 przypadkach ropni w miejscach wstrzyknięć rozpuszczalnych przetworów rtęci dowiódł zapomocą hodowli obecności gronkowca. Kreibohm i Rosenbach (5), wprowadzając psom pod skórę 20 grm. rtęci, wywoływali ogniska ropne, w których zapomocą badań bakteryologicznych obecności drobnoustrojów stwierdzić nie zdołali. Podobne doświadczenia powtarzali ci autorowie kilka razy z jednakowymi zawsze wynikami ujemnymi. Prócz tego ci sami autorowie wykonali doświadczenia i na królikach; również i tutaj w spostrzeganych pod skórą na-

ciekach nie wykryli przy badaniach bakteryologicznych obecności żadnych drobnoustrojów. Fournier w swej monografii o leczeniu kiły, na podstawie własnych spostrzeżeń utrzymuje, iż związki rtęciowe mogą być przyczyną obumarcia tkanek w miejscach wstrzyknięć; nieuchronnym wynikiem takiego obumarcia będą nacieki. Prof. Stukowienkow (6), przypisując w sprawie tworzenia się nacieków znaczenie ścinającym białko związkom rtęciowym (n. p. dwuchlorek rtęci), jednocześnie uważa za możliwe podrażnienie tkanek także przez inne przetwory rtęciowe, które mogą wywoływać nacieki »obrzękowe«. Autor ten mniema, iż skrzepy, powstające wskutek połączenia się rtęci z białkiem, składają się z dwóch części, z których jedna ulega szybkiemu wessaniu, druga zaś przeciwnie, nie ulegając wessaniu, jest przyczyną nacieków.

Aby wyświetlić przyczyny tworzenia się nacieków w miejscach wstrzyknięć salicylanu rtęciowego, postanowiłem najpierw poddać rozbiorowi chemicznemu i bakteryologicznemu sam przetwór, a prócz tego wykonać szereg doświadczeń ze sztucznem zakażeniem tego przetworu rozmaitymi drobnoustrojami ropotwórczymi, i ostatecznie sprawdzić otrzymane wyniki drogą doświadczeń na zwierzętach.

Używany do wstrzykiwań salicylan rtęciowy jest zasadową solą salicylowo-rtęciową, mającą wzór:

$$— C_6H_4 \left\langle \begin{matrix} COO \\ O \end{matrix} \right\rangle Hg.$$

Połączenie to otrzymuje się przez działanie kwasu salicylowego na żółty tlenek rtęciowy.

Według A. Granvala i H. Lajoux (7) normalny salicylan rtęciowy można otrzymać zapomocą strącenia rozczynu tlenku rtęciowego solą salicylanu sodowego *via frigida;* przetwór jest proszkiem białym, nierozpuszczalnym w wodzie zimnej, rozkładającym się jednak przy działaniu wody wrzącej na zasadową sól salicylowo-rtęciową i wolny kwas salicylowy.

Larin (8) zaznacza, iż stare przetwory salicylanu rtęciowego odznaczają się odczynem bardzo kwaśnym. Zdaniem tego autora w celach leczniczych powinny być stosowane tylko takie przetwory, które wyrobiono najdalej przed paru miesiącami.

Świeżo przygotowany przetwór łatwo rozpuszcza się w rozczynie chlorku sodowego, zaś starszy trudno i niezupełnie. Rozczyn taki, przechowywany w ciągu 2 miesięcy, nie uległ żadnym zmianom; po upływie zaś tego czasu zmętniał. Zasadowy salicylan rtęciowy w wodzie prawie się nie rozpuszcza, w 95⁰ wyskoku rozpuszcza się w stosunku 1:45, w eterze 1:100. Jest to biały, bezkształtny, bardzo drobny proszek o odczynie obojętnym, bez smaku i zapachu, nie rozkładający się pod działaniem siarkowodoru i siarczku amonu, t. j. nie przybierający w tych warunkach barwy ciemnej (Hager). Kwasy słabe, jako to: kwas węglowy, octowy, mleczny, winian potasowy kwaśny, soli tej nie rozkładają; silne zaś kwasy mineralne: kwas solny, siarkowy, azotowy, rozkładają ten związek i w rozczynach w tych kwasach powstają osady czarne przy działaniu siarkowodoru. Zasadowy salicylan rtęciowy w rozczynie ługu żrącego (NaOH) i węglanu sodowego rozpuszcza się, wytwarzając połączenia podwójne; przy działaniu na te rozczyny kwasów słabych wydziela się niezmieniony salicylan rtęciowy. W rozczynach chlorku sodowego, bromku i jodku sodowego lub potasowego sól ta na zimno pęcznieje, a przy podgrzaniu rozpuszcza się; po ostudzeniu takiego rozczynu wydzielają się sole podwójne. Przy zetknięciu się salicylanu rtęciowego z niebieskim papierkiem lakmusowym nie powinno powstawać zabarwienie czerwone (wolny kwas salicylowy).

Przetwór, stosowany, do wstrzyknięć, przygotowuje się z olejem wazelinowym, który jest płynem bezbarwnym; punkt jego wrzenia przypada przy 300—360⁰ C. Jeżeli olej ten pochodzi z nafty rosyjskiej, wówczas zawiera wodziany węglowodorów aromatycznych, nafteny CnH_2n. Odczyn oleju jest obojętny. Chcąc określić ilość kwasu, zawartego czasami w oleju, trzeba rozpuścić 4—5 grm. oleju w 5—6 razy większej ilości eteru, dolać wyskoku bezwodnego i miareczkować $^1/_{10}$ normalnym ługiem żrącym potasowym, dodawszy przedtem fenolftaleiny. Potem określa się miligramy KOH, które zostały zużytkowane do zobojętnienia 100 grm. oleju wazelinowego.

Rozporządzając mieszaninami salicylanu rtęciowego i oleju wazelinowego (4,0—30,0) różnej dawności (tak n. p. niektóre buteleczki, będące już w użytku, stały potem przy zwykłych warunkach, t. j. zakorkowane nawet zwykłym korkiem, w ciągu $1^1/_2$ roku) przystąpiłem do pierwszej części zamierzonych badań. Wymienione powyżej przetwory, tak świeże, tylko co przygotowane, jak i takie, które już stosowano w ambulatoryum klinicznem, poddałem całemu szeregowi badań bakteryologicznych, szczepiąc na pożywkach sam olej wazelinowy, który znajdował się nad powierzchnią rtęci, i zawiesinę, otrzymaną przez zmieszanie salicylanu rtęciowego z olejem wazelinowym. Hodowle we wszystkich przypadkach dały wyniki ujemne. Też same flakoniki umieściłem w cieplarce przy 37⁰ C; niektóre z tych flakoników pozostawiłem otwarte w ciągu 3—10 dni w pracowni na stole, inne również otwarte umieściłem w cieplarce; we wszystkich tych przypadkach szczepienia na pożywkach dały wyniki ujemne.

Wobec tych wyników badań bakteryologicznych pomimo woli nasuwało się przypuszczenie, czy czasem nacieki nie powstają wskutek większego lub mniejszego rozkładania się salicylanu rtęciowego, przyczem mógł się tworzyć nierozpuszczalny tlenek rtęciowy; związek ten, działając na tkankę jako ciało obce, mógłby już być przyczyną powstawania nacieków. W takich warunkach istniałby równocześnie wolny kwas solny, który znajdując się w oleju, mógłby wywołać objawy zatrucia, spostrzegane u chorych po wstrzykiwaniach (mdłości, wymioty, zawroty głowy i t. p.); obecność tego kwasu zarazem działałaby zabójczo i na drobnoustroje. Otóż, gdyby to przypuszczenie było prawdziwe, powinnibyśmy przy rozbiorze chemicznym salicylanu rtęciowego z jednej strony i oleju wazelinowego z drugiej stwierdzić tak obecność tlenku rtęciowego, jak i kwasu salicylowego.

W tym celu rozmaite starsze mieszaniny salicylanu rtęciowego i oleju wazelinowego (około $1^1/_2$ roku) wylewałem na sączek suchy; przecedzony olej mieszałem z wodą przekroploną w częściach równych lub w stosunku 1:2 części oleju. Po upływie 20 minut wyciągałem zapomocą pipety wodę, znajdującą się pod olejem poddawałem ją badaniu, zwilżając nią papierek lakmusowy; kwaśnego odczynu nie stwierdziłem.

Do tejże probówki, zawierającej mieszaninę oleju wazelinowego i wody przekroplonej, dodawałem 2 krople rozczynu amoniaku, poczem silnie kłóciłem i mieszaninę wylewałem do biurety; zapomocą kurka wypuszczałem płyn na sączek zwilżony, poczem przesącz zbierałem do czystej probówki. Płyn ten gotowałem aż do zupełnego ulotnienia się amoniaku, poczem studziłem i dodawałem 1 kroplę rozcieńczonego rozczynu chlorku żelazowego; niebiesko-fioletowego zabarwienia, swoistego dla kwasu salicylowego, nie spostrzegałem. Jak wiadomo, kwas salicylowy rozpuszcza się w oleju wazelinowym w stosunku 1:60.

Pozostały na sączku salicylan rtęciowy przepłukiwałem eterem naftowym aż do zupełnego uwolnienia go od oleju wazelinowego; potem po poprzedniem suszeniu przetworu w ciągu całej nocy na powietrzu, postępowałem w sposób następujący: włożywszy do kilku probówek po 0,2 grm. salicylanu rtęciowego, dolewałem po 1 ctm. sz. wody, a potem dodawałem kroplami 10% rozczynu żrącego ługu sodowego; do zupełnego rozpuszczenia soli należało użyć 5—6 kropel; rozczyn był przeźroczysty, a na dnie nie zdołałem zauważyć tlenku rtęciowego.

Tym samym sposobem zbadałem jeszcze 8 przetworów, które pozostawały w połączeniu z olejem wazelinowym około 1½ roku, i na dnie rozczynów spostrzegałem kilka cząsteczek tlenku rtęciowego; do zupełnego rozpuszczenia tych przetworów należało użyć 8—9 kropli ługu sodowego.

Dwa przetwory rtęci, które pozostawały w połączeniu z olejem wazelinowym w ciągu 11 miesięcy, po dodaniu ługu sodowego, rozpuściły się zupełnie.

Wymienione przetwory poddałem jeszcze działaniu 10% rozczynu węglanu sodowego i wyniki otrzymałem też same, t. j. w rozczynach przetworów, pozostających w połączeniu z olejem wazelinowym dłużej, niż rok, osiadało na dnie kilka cząsteczek tlenku rtęciowego.

W zgęszczonym rozczynie chlorku sodowego wszystkie przetwory, niezależnie od ich wieku, rozpuszczały się dość trudno.

Zestawiając z jednej strony wyniki, do jakich doszedłem przy badaniu bakteryologicznem oleju wazelinowego, pozostającego w zetknięciu z salicylanem rtęciowym przez różny przeciąg czasu, z drugiej zaś strony wyniki rozbiorów chemicznych tak wspomnianego oleju, jakoteż samego salicylanu rtęciowego, dochodzę do wniosku, iż przy zwykłych warunkach przetwory, stosowane do wstrzykiwań, nie zawierają ani żywych zarazków, ani też takich związków chemicznych, których obecnością możnaby wytłómaczyć przyczynę powstawania nacieków w miejscach wstrzyknięć.

Wychodząc z tego założenia i przypuszczając szczególne warunki, przy których zakażenie przetworu drobnoustrojami mogłoby nastąpić, postanowiłem wykonać szereg doświadczeń z przetworami, zakażonymi sztucznie pewnym rodzajem drobnoustrojów ropotwórczych, aby w ten sposób wyświetlić ich wzajemny stosunek.

Olej wazelinowy, pozostający nad powierzchnią salicylanu rtęciowego, pozostawał przy badaniach, jak już o tem wspominałem, zawsze jałowy. Poddawałem również badaniu olej wazelinowy, używany do przygotowania zawiesiny rtęciowej [2]), lecz i w tym żadnych drobnoustrojów nie znalazłem.

[2]) Olej ze składu aptecznego Stola i Schmiedta w Petersburgu.

Doświadczenia wykonałem z hodowlami gronkowca złocistego, prątka siennego, okrężnicy i prątka ropy błękitnej [3]). (Dok. nast.)

[3]) Hodowle tych drobnoustrojów otrzymałem z pracowni kliniki chorób zakaźnych, za co składam podziękowanie.

Ze szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.
Z oddziału Dra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego Szpitala.

Przyczynek do oceny wartości klinicznej szczepień naskórnych tuberkuliny u dzieci metodą Pirqueta.

Podał

Wacław Jasiński
lekarz intern szpitala.

(Dokończenie.)

Druga grupa naszych szczepień obejmuje przypadki, podejrzane o gruźlicę. Do grupy tej zaliczyliśmy przedewszystkiem te wczesne przypadki gruźlicy, dla których pobyt w szpitalu zastępował, jak wspomniano, leczenie w sanatoryach: u dzieci oddawanych do szpitala z powodu braku apetytu i upośledzenia w odżywianiu, stwierdzaliśmy albo tylko objawy powiększenia gruczołów oskrzelowych (objaw Smitha, gwiazdowate rozszerzenie żył na mostku, *micropolyadenia)*, albo, oprócz tego nacieki w szczytach: przebieg ciepłoty (wieczorne wzniesienia) przemawiał również za gruźlicą; do podejrzanych zaś zaliczyliśmy te przypadki ze względu na krótką obserwacyę. Z 63 przypadków tego rodzaju odczyn ujemny widzieliśmy w 5. Z tych 2 przypada na gruźlicę gruczołów oskrzelowych, 3 nacieki szczytowe. Dwa z tych przypadków zaliczyliśmy z góry do klinicznie wątpliwych ze względu na mało wybitne zmiany i kilkudniowe zaledwie spostrzeganie. W 3 innych brak odczynu pozostaje dla nas narazie niewyjaśnionym.

Oto w skróceniu wyciąg z kart szpitalnych tych chorych:

1. Henio B. 6 lat. Odżywiony nieźle. Skóra blada, rozszerzona sieć żylna na mostku. Gruczoły nieliczne. W płucach zmian nie stwierdzono. Smith dodatni. Dziecko zabrano do domu po kilku dniach.

2. Hersz G. 5 lat. Bardzo wycieńczony. Skóra barwy ziemistej, cienka, sucha. Granice serca wybitnie powiększone — szmer skurczony u koniuszka, dobitność 2-go tonu nad t. płucną. Nad lewym szczytem odgłos krótszy, zmian oddechu i rzężeń nie stwierdzono. Po kilku dniach zabrany do domu.

3. Janka M. 7 lat. Miernie odżywiona. Skóra śniada, klatka piersiowa płaska; gruczoły nieliczne. Oddech chuchający w przestrzeni międzyłopatkowej, wyraźny objaw Smitha. — Na wadze w szpitalu przybrała w ciągu 29 dni 1 kilgr.

4. Zofia Gr. 8 l. Odżywienie liche. Gruczoły szyjne drobne, liczne. Nad lewym szczytem przytłumienie, wydech wydłużony. Smith dodatni. Zabrana do domu po 14 dniach z poprawą.

5. Klara O. 4 l. Odżywienie dobre. Skóra blada, czarne, długie rzęsy. Gruczoły liczne, drobne. Nad prawym szczytem odgłos krótszy, wydech wydłużony, zaostrzony. Smith b. wybitny. Wieczorne wzniesienia ciepłoty, na wadze przybiera nieznacznie. W szpitalu spostrzegana przez czas dłuższy, nie oddziaływała na dwukrotne szczepienie.

W jednym przypadku, podejrzanym o gruźlicę gruczołów oskrzelowych, odczyn przy pierwszem szczepieniu wypadł ujemnie. W 19 dni później szczepiliśmy powtórnie tym razem otrzymaliśmy ,obwódki blado-różowe, średnicy 1·5 cm; przebieg zaś ani dane badania nie dowodziły pogorszenia. Był to jedyny ze spostrzeganych przez nas przypadków, gdzie powtórne szczepienie wypadło inaczej, niż pierwsze, szczepiliśmy zaś dwukrotnie w 31 przypadkach.

Pirquet otrzymał podobny wynik kilkakrotnie i czyni 3 przypuszczenia dla objaśnienia tego pozornie sprzecznego wyniku: 1) pierwsze szczepienie samo przez się wywołało allergię w postaci nadwrażliwości, — podobną nadwrażliwość spostrzegano u swinek morskich w stosunku do surowicy (Otto, Rosenau, i Anderson); 2) pierwsze szczepienie pobudziło do ponownego wytworzenia się niweczników; 3) zakażenie gruźlicą nastąpiło w okresie pomiędzy 1-szem a 2-giem szczepieniem. Drugie przypuszczenie Pirqueta ma analogię w stosowaniu wstrzykiwań małych dawek tuberkuliny (Moeller, Loewenstein i Ostrowski, 1905): odczyn, jak wiadomo, występuje tu po kilku dopiero wstrzyknięciach. Na zasadzie własnych spostrzeżeń moglibyśmy objaśnić przypadek powyższy tylko drugiem przypuszczeniem Pirqueta, w innych bowiem przypadkach, w których szczepiliśmy dwukrotnie, nie spostrzegliśmy wskutek szczepień żadnej nadwrażliwości: odczyn w obydwu szczepieniach był ujemny. Pirquet zresztą przypuszczenia swego nie popiera spostrzeżeniami, uważając je tylko za możliwe teoretycznie.

Do podejrzanych o gruźlicę zaliczyliśmy także 5 przypadków innego, niż poprzednie typu: w 4 z tych przypadków było mianowicie zrazikowe zapalenie płuc, które wystąpiło po odrze. W 3 z tych przypadków u dzieci, znacznie wyniszczonych, nie było zresztą objawów gruźlicy; odczyn w tych przypadkach był ujemny. Dwa z tych przypadków wypisano ze znaczną poprawą, w jednym z nich kilkakrotne badanie obficie wykrztuszonej plwociny nie wykryło prątków gruźliczych. Trzeci przypadek znikł nam z oczu przedwcześnie z wyraźną jednak tendencyą do poprawy. Czwarty z pomienionych przypadków dawał odczyn dodatni; w przypadku tym wypisanym zresztą z poprawą, stwierdziliśmy wybitne powiększenie gruczołów szyjnych, co wspólnie z wywiadami *(otitis eczema capitis)* świadczyło o zołzach. Ostatni z przypadków tej grupy dotyczył dziecka, przysłanego z rozpoznaniem gruźlicy; w płucach stwierdziliśmy rzeczywiście objawy jamy; dziecko drobnej budowy, nie wyniszczone, dwukrotne szczepienie tuberkuliny dało wynik ujemny. Dziecko to po kilku tygodniach pobytu opuściło szpital z poprawą stanu ogólnego; widziano je później dwukrotnie i w płucach znajdowano stale te same objawy, stan ogólny zaś nie pogorszył się. Dane te, zarówno jak przebieg choroby, nasunęły podejrzenie co do rozszerzenia oskrzeli *(bronchiectasiae)* i skłoniły nas do zaliczenia omówionego przypadku co najmniej do wątpliwych.

Trzecia grupa naszych szczepień obejmuje 42 przypadki, klinicznie wolne od gruźlicy. W 39 mieliśmy wynik ujemny, w 3 dodatni. Omówimy z początku ostatnie.

I. Nr 43. Otto K. l. 9. przyjęty na oddział z powodu *enuresis nocturna*. Dziecko odżywione licho, drobne: twarz nalana; gruczoły pod żuchwą i karkowe b. liczne, drobne (*micropolyadenia*). Objawu Smitha nie stwierdzono. W płucach zmian niema. W ciągu pierwszej doby po szczepieniu wystąpiły wyniosłe grudki, średnicy 1,2—1,5 cm.

II. Nr. 15. Władzia C. l. 12, ojciec zmarł wcześnie (gruźlica?) przyjęta na oddział z powodu połowicznego niedowładu (podobno po durze). Stan odżywiania bardzo dobry, w narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono, nieliczne gruczoły, objawu Smitha nie stwierdza się. Po zaszczepieniu w 24 godziny odczynu nie zauważono, po 2 dobach na miejscu szczepienia wystąpiły blado-różowe obwódki średnicy 0,6 cm. (»torpide Reaction«).

III. Nr. 129. Bruno Sch. l. 7. Padaczka. Odżywienie dobre. Gruczoły nieliczne. W płucach zmian nie stwierdzono. Objaw Smitha ujemny. W 24 godziny po szczepieniu odczyn w postaci obwódek 0,6—0,8 cm średnicy.

Pewnych danych do objaśnienia odczynu dodatniego w tych przypadkach nie mamy. W pierwszym liczne gruczoły przemawiałyby za usposobieniem zołzowem. Wybitny odczyn, właściwy tego rodzaju osobnikom, zdawałby się stwierdzać to przypuszczenie. Przypadek drugi możnaby objaśnić gruźlicą utajoną. Dotyczył on dziecka starszego (12 lat), a przytem powolny odczyn zdarza się, według Pirqueta, najczęściej właśnie w przypadkach utajonej gruźlicy. Trzeciego przypadku objaśnić nie umiemy, należy on jednak do spostrzeganych krótko.

W kilku przypadkach, umieszczonych ostatecznie w grupie wolnych od gruźlicy, istniało początkowo podejrzenie co do charakteru gruźliczego sprawy, odczyn ujemny na razie wydawał się nieusprawiedliwionym, dalsze spostrzeganie jednak stwierdziło rzeczywiście brak gruźlicy. W jednym przypadku u chłopca 14-letniego, przyjętego z podejrzeniem o gruźlicze zapalenie stawu biodrowego, odczyn był ujemny; w dalszym przebiegu stwierdzono ropne zapalenie mięśnia lędźwiowoudowego *(psoitis ac.)*; chłopiec po operacyi opuścił szpital w stanie zadawalniającym. W drugim przypadku istniało przypuszczenie gruźlicy kości ramieniowej; operacya i zejście dowiodły, że było to podostre zapalenie szpiku kostnego. Bardzo pouczającym wreszcie był przypadek z odczynem ujemnym pomimo wyraźnych zmian w szczycie (przytłumienie, oddech wybitnie zaostrzony); po kilkudniowem spostrzeganiu (na oddziale płoniczym) zmiany w płucach wyrównały się, dziecko wypisano zupełnie zdrowe, stwierdzając, że powyższe zmiany zależały od przebytego niedawno zapalenia płuc (Dr Schoeneich).

Na tem kończymy przegląd dotychczasowych naszych spostrzeżeń. Nie uważamy ich jeszcze za zakończone: część naszego materyału ulegnie zapewne ponownemu badaniu, które wnioski pierwotne pozwoli uzupełnić lub sprostować. Badania dotychczasowe każą nam zająć przychylne dla metody stanowisko: chociaż bowiem w kilku przypadkach otrzymaliśmy wynik niespodziewany i niezgodny z danemi badania klinicznego, żaden z tych przypadków i wogóle żaden ze spostrzeganych dłużej lub badanych sekcyjnie nie przemawiał wyraźnie na niekorzyść metody; w kilku natomiast przypadkach wynik szczepienia był nam istotnie pomocnym do właściwego rozpoznania. Nie podzielamy może krańcowego optymizmu tych badaczy, którzy wynikom szczepienia dziś już rozstrzygające nadają znaczenie; metoda Pirqueta w obecnym okresie swego rozwoju posiada niewątpliwie wartość pomocniczą, wyjaśnienie zaś istoty odczynu określi dokładniej granice użyteczności metody, zarówno pod względem rozpoznawania, jak i rokowania. — Pesymizm niektórych badaczy, oparty nawet na sprzecznych pozornie wynikach szczepienia z wynikami sekcyi, nie wydaje nam się dostatecznie usprawiedliwionym: odczyn ujemny u osobnika ze stwierdzoną na sekcyi gruźlicą świadczy o braku »nadwrażliwości«. Przyjęto ogólnie, iż brak podobny stwierdzamy najczęściej w ostatnich dniach życia; — w przypadkach ciężkich »nadwrażliwość« ta ginie jednak może wcześniej, brak więc odczynu przy wybitnych zmianach klinicznych będzie wskazówką niepomyślnego rokowania (Wolf-Eisner (24).

Dotychczasowe badania kliniczne stwierdzały najczęściej brak odczynu w stwierdzonych sekcyjnie przypadkach gruźlicy u osesków. Spostrzeżenia takie wywołały słuszne rozczarowanie, gdyż metoda Pirqueta, jak wspomniano, tem jest pewniejszą, im młodszy jest szczepiony osobnik. Badania jednak sekcyjne, stwierdzając gruźlicę, nie zajmowały się dotychczas różniczkowaniem pochodzenia sprawy. Ciekawe przypadki w tej mierze ogłosił w ostatnich dniach Detre: zastosował on mianowicie do szczepień wyciąg z hodowli laseczników perlicy *(typus bovinus)*. Kossel, Weber i Heuss wcześniej już w szeregu przypadków wyodrębnili z materyału sekcyjnego ludzkiego wyłącznie prątki typu zwierzęcego; z przypadków tych przytem przeważna część dotyczyła osesków: na 20 przypadków Webera 14 przypadało na dzieci. Detre nie usystematyzował co do wieku wyników swoich szczepień. — Myśl zastosowania do szczepień dwojakiego materyału (Bovin- et Humanfilarat) jest pożądanem uzupełnieniem metody Pirqueta i dalsze badania rzucą może więcej światła, w szczególności na wyniki szczepień u osesków.

Nie przesądzając wartości tych nieukończonych jeszcze badań, łączymy się w opinii o metodzie Pirqueta ze zdaniem tych, którzy sądzą, że:

1) odczyn dodatni świadczy o gruźlicy, bądź utajonej, bądź czynnej,

2) Brak odczynu wyłącza gruźlicę, — w przypadkach zaś niewątpliwej gruźlicy jest wskazówką niepomyślnego rokowania.

Piśmiennictwo. 1. Escherich: Jahrb. f. Kind. T. 33. — 2. Binswanger: Archiv f. Kinderh. T. 43. — 3. Schick: Jahrb. f. Kind. 61. — 4. Hamburger, Sluka: Jahrb. f. Kind. T. 62. — 5. v. Pirquet: Ueber die Vakzination u. vakzinale Allergie Wien, Denticke 1907. — 6. Pirquet: ref. Deut. med. Woch. Nr 22, 1907. — 7. Vallée, Arloing, Dufour, Siccard: ref. Deut. med. Woch. Nr 32 i Semaine médicale Nr 26—30, 1907. — 8. v. Pirquet: Wien. med. Wochs. Nr 28, 1907. — 9. v, Pirquet: Wien. klin. Wochens. Nr 38, 1907. — 10. v. Pirquet: Med. klinik Nr 39, 1907. — 11. Moro-Doganoff: Wien. klin. Wochens. Nr 31, 1907. — 12. Oppenheim: Wien. klin. Wochens. Nr 32, 1907. — 13. Citron: Berl. klin. Woch. Nr 36, 1907. — 14. Engel-Bauer: Berl. klin. Wochs. Nr 37. 1907. — 15. Bandler Kreibich: Deut. med. Woch. Nr 40, 1907. — 16. K. Rzętkowski: Gaz. lekarska Nr 46, 1907. — 17. St. Kramsztyk: Medycyna Nr 47—48, 1907. — 18. W. Skórczewski: Przegląd lekarski Nr 1, 1908. — 19. L. Korczyński: Przegląd lekarski Nr 1—2, 1908. — 20. Feer: Münch. med. Wochs. Nr 1, 1908. — 21. Morelli: Wien. klin. Wochs. Nr 3, 1908. — 22. Kopeć-Zembrzuski: Gazeta lek. Nr 2—3, 1908. — 23. Goebel: Münch. med. Wochs. Nr 4, 1908. — 24. Wolf-Eisner: Deut. med. Wochs. Nr 5, 1908. — 25. Detre: Wien. klin. Wochs. Nr 6, 1908.

Oceny i sprawozdania.

Fermentoterapia i hemoterapia nowotworów.

(Sprawozdanie poglądowe).

Napisał

Dr E. Stahr.

Myśl stosowania fermentów przeciw nowotworom nie jest w zupełności nową. Już przed laty próbował miejscowej fermentoterapii nowotworów Billroth, ale bez widocznych skutków, i sposób ten potem dlatego porzucono. Później z biegiem lat baczne spostrzeganie stwierdziło cały szereg faktów, dowodzących, że jednak fermenty mają pewien wpływ na nowotwory. I tak przekonano się, że pankreatyna prędko strawia w probówce tkankę rakową w przeciwieństwie do pepsyny, która prawie zupełnie na raka nie działa (Ferd. Blumenthal). Potem zauważono, że tak samo działa pankreatyna na białko, wydzielone z guzów rakowych (Bergell). Pepsyna również nie trawi białka, wydzielonego z raków. Podobnie, jak pankreatyna, zachowuje się papajotyna.

Fakty te wzbudziły wielkie nadzieje i stworzyły najpierw terapię trypsynową nowotworów, praktycznie z początku stosowaną przeważnie w Anglii. To usiłowanie lecznicze oparło się na doświadczeniach i zapatrywaniach J. Bearda. Rozumowanie jego było następujące: »Twory wielokomórkowe (*metazoa*) różnią się pod względem wymiany materyi tem od pierwotniaków (*protozoa*), że te ostatnie rozkładają swą pożywkę przy pomocy śródkomórkowych fermentów, gdy natomiast wyżej uorganizowane twory wielokomórkowe wydzielają fermenty pozakomórkowo. Jeżeli w raku i jego swoistych komórkach będziemy widzieli pewien rodzaj powrotnej przemiany, rewerzyi, ku pierwotniakowi, to wydadzą się nam fermenty trzustkowe odpowiednimi do swoistego działania na raka«. Stąd poszły jego doświadczenia z rakiem mysim, których wynik zachęcił go do prób na ludziach. Takie same próby podjęto później (1904—1905) w berlińskim Zakładzie dla badania raka. Miejscowo stosowali trypsynę Leyden i Bergell [1]). Przyrządzali ją w następujący sposób: 20 gramów pankreatyny, zmieszanej z eterem, wstrząsali przez dobę w jałowej flaszce na maszynie do potrząsania, potem eter zlewali, a resztę eteru usuwali w próżni. Następnie dolawszy 100—200 gramów jałowej wody, jeszcze raz mieszankę przez 10 godzin wstrząsali, i wreszcie roztwór na wirownicy czynili przeźroczystym i trwałym. Wstrzykując miejscowo taką trypsynę, zdołali wprawdzie wywołać rozpadanie się guzów rakowych, ale tylko na ograniczonej przestrzeni. Trypsyna, wstrzykiwana w większych ilościach, rozpuszczała zarówno komórki raków, jak i zdrowej tkanki. Żadnego przypadku nie uleczyli. (»Von Heilfällen wissen wir nicht zu berichten«). I podawanie wewnętrzne, nawet wielkich dawek (do 20 gr.) było bezskuteczne, chociaż wyraźną ulgę przynosiło chorym na raka żołądka, ale bez przerzutów i niebardzo wyniszczonym.

Wtedy postanowili ci sami autorowie próbować wszystkich, jeden po drugim, fermentów proteolitycznych i przeszli do wątroby zwierzęcej [2]). W zabiegach swoich posługiwali się sokiem, otrzymanym z wątroby przez wygniatanie. Szczegółów nie podają, jak ten sok wyrabiają, bo i w tym kierunku czynią jeszcze dalsze próby, zmierzające do wydoskonalenia tego soku. Zaznaczają tylko, że udało im się znaleść w tym soku ferment taki, który rozkłada ową część najprostszych peptonów (Seidenpepton) i glycylalanin, rodzaj peptydu, których pankreatyna nie trawi. Stosowali ten sok w trzech przypadkach nowotworów, nie nadających się do zabiegu, a więc w przypadku wielkiego mięsaka na szyi, w rozległym raku macicy i w toku nawrotu raka sutka. We wszystkich tych trzech przypadkach były przerzuty i wszystkie trzy zakończyły się mimo wstrzykiwania soku wątrobnego zejściem śmiertelnem.

Sok ten działał bardzo energicznie na komórki rakowe, wywołując ich rozpad: makroskopowo rozmiękanie i rozpływanie się guza, drobnowidowo martwicę komórek. Nigdy nie stwierdzono zscrowacenia, jak to bywa przy samoistnych przemianach nowotworu. Sok ten działa wybiórczo (*electiv*) wyłącznie na komórkę rakową, zaś na zdrową nie działa w odróżnieniu od wspomnianej wyżej pankreatyny, której działanie wybiórcze jest bardzo niedokładne.

Rozpadowi komórek rakowych towarzyszyły objawy tak ciężkiego samozatrucia, że autorowie musieli tego leczenia w pół drogi poniechać. Rozcieńczenie soku nic nie pomagało, co odpowiada naturze fermentu.

Na podstawie doświadczeń swych doszli autorowie do następujących wniosków, tyczących się patogenezy nowotworów: Ustrój zdrowy posiada swoiste fermenty, które niszczą i nie pozwalają bujać komórce rakowej. Fermenty te proteolityczne znikają prawdopodobnie w ustroju dotkniętym rakiem.

Dla wyjaśnienia znaczenia fermentów proteolitycznych w leczeniu raka podjął Bergell dalsze doświadczenia. Jedne wykonał wraz z Lewinem [3]), a drugie ze Stickerem [4]).

W pierwszej seryi wykonał Bergell wraz z Lewinem doświadczenia na myszach, dotkniętych rakiem, wstrzykując im sok z rozcieranych wątrób króliczych. Zupełnie tak samo, jak

[1]) Leyden i P. Bergell. Zeitschrift f. kl. Med. Tom 61. Z. 3 i 4, str. 360.

[2]) E. Leyden i P. Bergell. Deutsche med. Wochs. Nr 23, 1907.

[3]) P. Bergell i C. Lewin. Zeitschr. f. kl. Med. 1907.

[4]) P. Bergell i A. Sticker. Deutsche med. Wochs. Nr 38, 1907.

u człowieka, wstrzykiwania te wywoływały u myszy martwicę komórek rakowych. Aby guz prędko znikał, trzeba było wstrzykiwać wielkie dawki soku wątrobnego, po 25 i 30 gramów, a więc dawki dziesięć razy większe od tych, jakie ten sam skutek wywoływały u ludzi. Wogóle działanie rozpuszczające nowotwory, było mniej wyraźne w nowotworach świeżych, niż w dawniejszych, znacznie rozwiniętych, ale w tych ostatnich przypadkach wstrzykiwania wywoływały ciężkie samozatrucie, któremu zwierzęta ulegały w 2 do 3 dni. Innemu szeregowi myszy wstrzykiwali autorowie sok z wątroby również mysiej, i to pochodzący z myszy zdrowych lub chorych na raka, a więc z wątroby zwierząt tego samego gatunku. Przy tej sposobności przekonali się, że sok z wątroby króliczej działał silniej, niż sok z wątroby mysiej, a nadto, że sok, pochodzący z wątroby myszy, dotkniętej rakiem, żadnego działania proteolitycznego na nowotwór nie wywierał.

Ten ostatni fakt przemawia za teoryą Bergella i Leydena, że ustrojowi dotkniętemu rakiem brak swoistych przeciwrakowych fermentów proteolitycznych.

Pod względem leczniczym zabiegi autorów najzupełniej chybiły: u wszystkich myszy rozpadowi guza towarzyszyło śmiertelne samozatrucie.

W drugiej seryi doświadczeń, podjętych wraz ze Stickerem na psach, był Bergell szczęśliwszym: W przypadkach mięsaka doświadczalnego, sztucznie szczepieniem wywołanego, i to w takim okresie, kiedy nie można było mieć już zgoła nadziei samorodnego wyleczenia — (jak wiadomo, sztucznie u zwierząt szczepieniem wywołane nowotwory przyjmują się, dochodzą w rozwoju pewnego okresu, ale wreszcie często ulegają wstecznemu przeobrażeniu i znikają) — miejscowe wstrzykiwania fermentów wątrobnych wywoływały zupełny rozpad i wessanie się guza nowotworowego. W jednym przypadku działanie to sięgało aż nawet do przerzutu, który się poprzednio był wytworzył w sąsiednich gruczołach chłonnych. W tych rozpadających się guzach stwierdzano taki sam obraz mikroskopowy, jaki dawniej zauważano w toku samogojenia się nowotworów. Czy psy uleczone nabywają odporności na przyszłość, okażą dalsze próby.

Naturalnie, że te doświadczenia nie dają podstawy do żadnych, tembardziej zaś do korzystnych wniosków, co się tyczy skutków leczenia tym sposobem ludzi. Należy bowiem zważyć, że był to mięsak, wywołany sztucznie szczepieniem, a jeszcze pytanie, jak się zachowują mięsaki, powstałe samorodnie. Na jeden wniosek pozwalają doświadczenia autorów w każdym razie, a to na ten, że w celu leczenia trzeba wywołać sztuczną przemianę wsteczną nowotworu w wolnem tempie tak, jak wolno te guzy powstają.

Podobne próby leczenia nowotworów podjął także Bier [5]). Począł on w celu leczenia nowotworów złośliwych wstrzykiwać odwłóknioną krew, pochodzącą z innego gatunku zwierząt. Wstrzykiwał ludziom z początku krew baranią, a potem wieprzową, jako czynniejszą. Działanie krwi odnosi on do obecności fermentów. I teraz nasuwa się pytanie, czy fermenty, znajdujące się w wątrobie, a używane przez poprzednich badaczy, są temi samemi, jakie znajdują się w krwi. Fermenty wątrobne wywołują rozpad nowotworu, ale nigdy nie wywołują w jego otoczeniu zapalenia, ani bujania tkanki łącznej; natomiast krew innogatunkowa wywoływała w niektórych przypadkach tak gwałtowne bujanie tkanki łącznej w sąsiedztwie guza, że go tkanka łączna niejako zduszała. Krew innogatunkowa nie ma żadnego widocznego wpływu na tkankę prawidłową, natomiast wywiera wyraźny wpływ na patologiczną, a między innemi na rakową. Bier robił wstrzykiwania w przypadkach nowotworów, nie nadających się już do operacyi, i to albo w guz sam, albo w jego otoczenie. Raki rozpadały się prawie bez wyjątku niezwłocznie i przestawały wydzielać i sączyć. W bolach chorzy żadnej nie doznawali ulgi, co Bier tłómaczy tem, że raki te prawdopodobnie poobrastały sąsiednie nerwy. (Jak wiadomo bowiem, Bier jest zdania, że zapalenie usuwa ból. Zobacz jego dzieło: »Hyperaemie als Heilmittel«). Raki wychodzące z blizn rosły czasem mimo wstrzykiwań dalej, inne jednak ulegały we wnętrzu martwicy, a inne tak się pomniejszały, że pozornie wyglądały na zgojone. Mikroskop jednak zawsze w głębi tu i ówdzie wykrywał komórki rakowe. Napewno nie uleczył Bier dotąd żadnego przypadku raka. Niemniej jednak faktem jest niezaprzeczonym, że wstrzykiwanie krwi innogatunkowej działa wybitnie.

Fakty, stwierdzone przez Biera, przemawiają także za nową teoryą raka. Bergell sądzi, że wynik proteolityczny tych wstrzykiwań tłómaczy się obecnością we krwi tego samego fermentu, od którego zależy działanie soku wątrobnego. A może wogóle i krew i sok wątrobny i pankreatyna działają z powodu obecności tego samego fermentu.

W ostatnich dniach pojawiła się praca Roberta Odiera [6]) z Genewy, który zaleca przeciw nowotworom także fermentoterapię, ale stosowaną nie miejscowo, lecz ogólnie, bo i raka uważa za schorzenie od samego początku nie miejscowe, ale za chorobę ogólną, która tylko miejscowo się przejawia. Dla leczenia poleca fermenty glikolityczne, które mają działać wstrzyknięte gdziekolwiekbądź pod skórę i bez względu na to, gdzie się sadowi nowotwór.

Sposób ten opiera się na następującem spostrzeżeniu: Krew chorych na raka (ludzi i zwierząt samorodnie zapadłych) ma prawie zawsze wysoki ciężar właściwy (1·060—1·175 u ludzi), który się nie zmienia, choćby krew taką trzymać i godzinę w cieplarce. Zjawisko to tłómaczy Odier osłabieniem fermentu glikolitycznego we krwi, chorych na raka, który nie działając więcej na glikogen krwi, nie zmienia gęstości surowicy, jak to bywa zawsze, kiedy do cieplarki wstawiamy na godzinę krew zdrowego.

Odier dobywa fermenty glikolityczne z mięśni, wątroby i trzustki cielęcej, baraniej lub wolej, które wstrzykuje chorym na raka, albo i mięsaka. Po wstrzyknięciu nowotwór rozpada się i znika nadzwyczaj szybko, podobnie i przerzuty giną. W jednym przypadku koło 20 przerzutów zniknęło. Ani rozmiary, ani złośliwość nowotworu nie są przeszkodą w działaniu tej fermentoterapii ogólnej. Wrażliwość chorych na raka, poddanych temu leczeniu, jest różna: jedni znoszą i 3 ctm.^{3} dziennie, a są tacy, u których nie można przekroczyć dawki 1 ctm.^{3} w ciągu 15 dni. Ilość fermentów, którą można wprowadzić do chorego ustroju, stoi w ścisłym związku ze złośliwością nowotworu: I tak w przypadku daleko posuniętego i szybko rosnącego raka piersi z obrzękiem ręki nie można było nigdy wstrzyknąć tak dużej dawki fermentu, żeby w zupełności wstrzymać wzrost raka. Stan chorej mimo to poprawił się znacznie, obrzęk ręki i bole rychło ustąpiły tak, że chora mogła znowu ręki tej używać. Odier opowiada, że chora wobec naocznej poprawy domagała się natarczywie coraz większych dawek. Z drugiej strony jednak w przypadku raka obu piersi, rosnącego wolno już od 5 lat, z zajęciem gruczołów pachowych i obrzękiem rąk, chora tak oddziaływała już na 1 ctm.^{3} gorączką, dreszczami, bolem głowy, że wstrzykiwania musiano ograniczyć do dwóch na miesiąc.

Odier uważa raka, jak wyżej wspomniałem, za chorobę ogólną od samego początku, ale nie miejscową, i dlatego zdaniem jego nawet najlepiej i choćby najwcześniej dokonana operacya nie wystarcza (?), bo nie usuwa zaburzenia równowagi ustroju. Zapatrywania swe popiera O. następującą historyą choroby, ciekawą poniekąd i z innego punktu widzenia.

Chory 62-letni zgłasza się po poradę. Boi się, że ma raka żołądka. Kilku chirurgów już go badało i sprawy nie wyświetliło. O. wstrzykuje dla rozpoznania 2 ctm.^{3} fermentu w pośladek. Zaraz wieczorem ciepłota podnosi się do 38·7° C., w okolicy odźwiernika zjawia się żywy ból i tam da się wymacać guz wielkości orzecha, czego przedtem stwierdzić nie było można [7]). Wobec tego chirurg operuje i wyłuszcza raka odźwiernika, ograniczonego, małego, nie zrośniętego z otoczeniem. Badanie histologiczne potwierdziło rozpoznanie. Po operacyi chory mimo to gwałtownie na siłach podupada, wytwarza się chera. Wtedy wstrzykiwania fermentu glikolitycznego skrzepiają chorego uderzająco; w kilku miesiącach przybywa mu 11 klgr. wagi i dotąd — a już minęło 14 miesięcy — jest zdrów.

Równocześnie ze wstrzykiwaniem fermentów nie należy nigdy podawać przetworów arsenowych, jakoteż nigdy nie należy przestawać nagle wstrzykiwać. W obu razach można się doczekać bardzo niemiłych zaburzeń.

Średnio wstrzykuje Odier w przypadkach miernego nasilenia po 2 ctm.^{3} dwa razy w tygodniu, co przeważnie wystarcza. W przypadkach o przebiegu bardzo powolnym zależy ilość od wrażliwości osobniczej chorego.

Przygotowanie fermentu wymaga osobnych przyrządów i jest pracą, która nie da się wykonywać w codziennej praktyce lekarskiej. Dla codziennej praktyki, o ile chodzi tylko o pokrzepienie sił chorego, poleca Odier następujący sposób, mogący niekiedy także wstrzymać dalszy rozwój guza.

Pewną ilość (na wagę) mięśni młodego cielęcia, barana

[5]) August Bier. Deutsche med. Wochs. Nr 29, 1907.

[6]) Robert Odier. La Presse médicale 1908, Nr 16.

[7]) Odier zwraca uwagę na tę okoliczność, że chorzy wrażliwi na wstrzykiwania glikolityczne doznają przemijającego bolesnego obrzęku guzów. Niejednokrotnie objaw ten oddał Odierowi usługi w rozpoznaniu.

lub wołu, starannie oczyszczonych z tłuszczu i ścięgien — mięśnie wołu nadają się najmniej — i trzy razy tyle trzustki miele się aseptycznie lub w moździerzu rozbija na miazgę, którą się zalewa czystą, jałową gliceryną. (Ile gliceryny należy wziąć, O. nie podaje). Mieszankę tę kłóci się prętem szklanym i zostawia potem w ciepłocie 18°—20, najwyżej przez dobę. Na drugi dzień przeciska się tę mieszankę przez delikatną gazę, potem się dodaje dwie objętości jałowej wody przekroplonej i cedzi najmniej trzy razy przez dobrze zwilżoną bibułę, a w końcu przez świeczkę Chamberlanda B. — Takiego rozczynu używa się do wstrzykiwań.

Odier zaleca także i inny sposób, podany zresztą przez Beranecka w innym celu: Miazgę z mięsa i trzustki, sporządzoną jak wyżej, wkłada się do rozczynu chlorku sodowego 7°/₀₀. Po 24 godzinach dolewa się do tej mieszanki równą objętość 2 prc. rozczynu kwasu ortofosforowego o ciężarze właściwym 1.700. Na wierzch tego płynu nalewa się na dobę toluenu dla ochrony przed prochem i nazajutrz cedzi się kilka razy przez bibułę, a potem przez świeczkę porcelanową. Sączenie idzie bardzo wolno. Przesącz należy zbierać do flaszki o pojemności najwyżej 20 ctm.³, bo się łatwo psuje, i trzymać w ciemności, bo światło wywołuje straty białkowe.

Wspomnieć tu należy o próbach Mortona i Jonesa[8]), którzy wstrzykiwali trypsynę i amylopsynę w 4 przypadkach raka sutka (po 15 stopniowo, aż do 30 kropli na wstrzyknięcie). Wstrzykiwali oni te fermenty przeważnie pod skórę w sąsiedztwie nowotworu, rzadziej w sam nowotwór. W jednym przypadku raka włóknistego zmniejszyły się po kilku tygodniach takiego leczenia bole, w innych 3 nie było żadnego polepszenia. Co gorsza, odnieśli Morton i Jones wrażenie, że w jednym przypadku przyczyniły się wstrzykiwania do szybszego rozsiania się przerzutów i że w owych 3, w których nie było polepszenia, bole już po kilku wstrzykiwaniach nietylko nie słabły, ale nawet się wzmagały; gdy zaś przekroczono dawkę 15 kropli, powstawały pomimo najtroskliwszej aseptyki ropienia.

Wszystkie te powyżej wspomniane prace i doświadczenia są ledwo rozpoczęte; otwierają one nowe pole widzenia co się tyczy przyrody i leczenia raka, ale czy przyniosą jakąś praktyczną korzyść cierpiącej ludzkości, tego na razie nie możemy rozstrzygnąć.

Brocq L. **Traité élémentaire de dermatologie pratique.** (*Octave Doin, Paris* 1907).

Autor, jeden z najwybitniejszych dermatologów francuskich, odznacza się oryginalnością swych zapatrywań na patogenezę chorób skórnych. Na podstawie swych poglądów stwarza Brocq odrębny podział. Przedewszystkiem rozdziela wszystkie choroby skórne na dwie duże grupy; prawdziwe jednostki chorobowe (*entités morbides vraies*) i odczyny skórne (*réactions cutanées*). Rozróżnia zatem sprawy, powstałe przez działanie zewnętrzne od chorób, powstałych przez samozatrucie lub na tle skłonności, czy to wrodzonej, czy nabytej. W pierwszych zawsze sprawa chorobowa zależy przedewszystkiem od czynnika zewnętrznego, czy to fizycznego, chemicznego, czy pasorzytnego, to też obraz chorobowy jest w tych przypadkach w pewnych granicach zawsze jednakowy. W drugiej grupie przypady chorobowe zależą od znamion podłoża, na którem się sprawa rozwija. Przyczyną nie jest w tym razie jakiś czynnik zewnętrzny, ale chorobę wywołuje zmiana w samym ustroju, czy to nieprawidłowości wymiany materyi, czy też usposobienie wrodzone lub nabyte. Przytem działać mogą obok przyczyn wewnętrznych i czynniki zewnętrzne, skąd powstaje obraz odmienny, nie należący do żadnej z powyższych grup. Na tle tych zasadniczych, stworzonych przez siebie zapatrywań, kreśli autor z bystrością doświadczonego klinicysty, któremu nie ujdzie żaden szczegół choroby, barwnie i jasno obraz wszystkich znanych chorób skórnych, analizując z cenną dokładnością szczegóły objawów skórnych, przebieg i zejście choroby. Zrozumienie różnorodności objawów klinicznych, tak ważne szczególnie dla początkującego dermatologa, ułatwiają reprodukcye fotografii ze spostrzeganych przez autora różnych postaci chorobowych; fotografii tych pomieścił autor w tekście bardzo dużo (441). Wspomniane zalety wewnętrzne niniejszej książki, jakoteż jej szata zewnętrzna (głównie wyrazistość obrazów) czynią ją pożądaną dla pragnących poznać zapatrywania wybitnego odłamu szkoły francuskiej. *F. Krzyształowicz.*

[8]) Lancet, 27. IX. 1907, sprawozd. Münchener med. Wochenschr. 1908, Nr 9.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

J. Schreiber. **Samorodne rozszerzenie okrężnicy, zarazem przyczynek do rektoromanoskopii.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 2). S. opisuje przypadek rozszerzenia okrężnicy u osoby dorosłej, którego przebieg przypomina chorobę, opisaną przez Hirschsprunga u dzieci, a polegającą na uporczywem zatrzymaniu kału, oraz bębnicy. Według Hirschsprunga polega choroba ta u dzieci na wrodzonem rozszerzeniu i przeroście okrężnicy i ma u dzieci przebieg prawie zawsze śmiertelny; natomiast u dorosłych ma przebieg łagodniejszy, a wiedzie do częstych nawrotów. W przypadku przytoczonym były również u osoby, do 17. roku życia zdrowej, objawy bębnicy, uporczywe zatwardzenie i wymioty kałowe, a wprowadzony do odbytnicy wziernik wyjaśnił sprawę, wykrywając rozszerzenie obydwóch pętli kiszki esowatej. Do zabiegu chirurgicznego w opisanym przypadku nie doszło, gdyż objawy ustąpiły po zastosowaniu przetworów makowca; stosowane poprzednio środki przeczyszczające i lewatywy stan chorej wciąż pogarszały. *Schudmak.*

Bernoulli. **Rak żołądka i jelit w dwóch pierwszych dziesięcioleciach życia.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 2). B. przytacza z piśmiennictwa liczby statystyczne, dotyczące raka żołądka lub jelit przed 20. rokiem życia. Statystyce tej przeciwstawia następującą własną, odnoszącą się do 50 przez siebie dokładnie badanych i spostrzeganych przypadków u osobników, które 20. roku życia jeszcze nie przekroczyły. Na 50 przypadków raka przewodu pokarmowego dotknięte były: Żołądek 13 r. (odźwiernik 5), dwunastnica 0, jelita cienkie 3, okrężnica 5 (zagięcie śledź. 2), zgięcie esowate 8, odbytnica 21 razy. Histologicznie stwierdzono raka gruczołowatego (*adenocarcinoma*) 11 razy (raz w żołądku, 10 razy w jelitach), raka galaretowatego 16 razy (5 razy w żołądku, 1 w jelicie, 10 w odbytnicy), raka włóknistego 4 razy (3 razy w żołądku, raz w odbytnicy), raka rdzeniastego 8 razy, postać mieszaną 3 razy; nie podano szczegółów 8 razy. Objawy za życia różnią się u młodych osób od objawów raka u starszych tem, że charłactwo bardzo rzadko występuje; częściej spostrzegał autor znaczną niedokrwistość przy dobrym stanie odżywienia. Przebieg jest nadzwyczaj szybki, bardzo rzadko spostrzegać się daje dłuższe trwanie choroby. Średnio trwała choroba w przytoczonych przypadkach 5·7 miesięcy. Rozpoznanie za życia należy do wielkich rzadkości. *Schudmak.*

Zweig. **Sokotok pokarmowy.** (Alimentäre Hypersekretion). (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 2). Przez nazwę sokotoku pokarmowego rozumie Z. chorobę wydzielniczą żołądka, polegającą na nadmiernem wydzielaniu soku żołądkowego po wprowadzeniu do żołądka pokarmów. Z. przytacza kilkanaście dokładnie spostrzeganych przypadków, w których na czczo żołądek, badany zgłębnikiem, był stale próżny, natomiast ilość soku żołądkowego, wydobyta po śniadaniu próbnem, zawsze znacznie przekraczała zwyczajnie po śniadaniach próbnych napotykaną ilość soku. Z. zalicza chorobę tę do rzędu nerwic wydzielniczych; objawy podmiotowe nie różnią się rzeczywiście niczem od objawów zwykle napotykanych i przy innych nerwicach żołądkowych. Chemizm żołądka nie ulega przytem żadnym zmianom; leczenie jest czysto objawowe. *Schudmak.*

Lewiński. **Znaczenie drobnowidowego zastoju treści żołądkowej dla rozpoznania raka żołądka.** (*Archiv für Verdauungskr.* T. XIII., Z. 2). Badania L. dotyczą całego szeregu różnych chorób żołądka, przeważnie jednak raka, przyczem L. zwrócił głównie uwagę na t. zw. drobnowidowe badanie zastoju treści, mające według Zieglera pierwszorzędne znaczenie przy rozpoznaniu raka żołądka w tym okresie, kiedy wszystkie inne dotychczas znane objawy jeszcze nie występują. Postępując sposobem Zieglera, badał L. pozostałość w oczkach zgłębnika, wprowadzonego do żołądka po dokładnem przepłukaniu go, w niektórych przypadkach nawet rozczynem azotanu srebra. W niektórych przypadkach raka (nie we wszystkich) znalazł L. rzeczywiście pod drobnowidem w resztkach tych większą ilość leukocytów i znamienne według Z. laseczniki Opplerowskie; atoli i bardzo liczne przypadki bez zmian rakowych dawały często te same wyniki drobnowidowe. L. dochodzi na podstawie swych badań do wniosku, że drobnowidowe badanie Zieglerowskie nie ma żadnego znaczenia dla rozpoznania raka żołądka. *Schudmak.*

Bönniger. **W sprawie rozpoznawania wrzodu żołądka.** (*Berl. klin. Wochs.* 1908, Nr 8). B. wprowadza na czczo do żołądka trochę wody i potem wydobywa ją i bada co do zawartości śluzu, białka, nabłonków i t. p. Potem wprowadza do żołądka 100—200 ctm.³ $^1/_{10}$ normalnego kwasu solnego. W razie wrzodu, zjawia się przenikliwy ból, który złagodzić można zaraz mlekiem. Wogóle poleca B. w leczeniu wrzodu mleko tłuste, zwłaszcza śmietankę, która wiąże silnie kwasy. Badania promieniami Röntgena dowodzą, że położenie żołądka jest tak zmienne, iż występujący dość stale ból w dołku przy ucisku, odnieść należy do innych przyczyn, a nie do bezpośredniego ucisku chorego miejsca. *K.*

Braun. **W sprawie postępowania wobec ostrych groźnych dla życia krwotoków przy wrzodzie żołądka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 8). Przy groźnych krwotokach z wrzodów żołądka poleca B. przedewszystkiem okłucie krwawiącego naczynia. Da się to dobrze wykonać, zwłaszcza gdy wrzód usadowiony jest na krzywiznie małej. W ten sposób wyleczył B. jednego chorego, dołączywszy jeszcze do operacyi założenie przetoki jelita czczego sposobem Witzla. *K.*

Wohlgemuth. **W sprawie leczenia przetok trzustki i mechanizmu wydzielania trzustkowego podczas trawienia.** (*Berliner klin. Wochs.* 1908, Nr 8). W. donosi o wyleczeniu 5 przetok trzustki sposobem przez siebie podanym (wyłączenie węglowodanów z pokarmu i podawanie dwuwęglanu sody), dążącym do zmniejszenia wydzielania trzustki. Wybitnie zwiększająco na wydzielinę trzustki działa kwas solny treści żołądkowej. *Klęsk.*

M. Guisez. **Znaczenie ezofagoskopii pod względem rozpoznawczym i leczniczym.** (*Presse méd.* 1908, Nr 13). Na podstawie 300 osobistych spostrzeżeń oświadcza G., że ezofagoskopia nie jest zabiegiem ani niebezpiecznym, ani bolesnym. Niebezpiecznym nie jest, bo przełyk nie jest wcale, jak dotąd powszechnie podawano, cewą równą od góry do dołu, ale przeciwnie, oprócz jakich 3—4 ctm. od początku i 1—2 ctm. od końca, jamą wrzecionowatą, zawsze rozwartą. I dlatego, minąwszy tylko szyjną część przełyku, można przełyk wygodnie oglądać, nie dotykając wcale jego ścian, a nadto oglądnąć wpust żołądka z odległości około 8 ctm. Wpust, stanowiący dno owej jamy wrzecionowatej, jest zawsze zamknięty; można go przez ezofagoskop pomazać kokainą, a wtedy da się bardzo łatwo dokładnie obejrzeć. Wejście do przełyku, położone poza chrząstkami nalewkowatemi, a przed kręgami, wygląda, jak poprzeczna szpara, stale zamknięta. Tylko zapomocą ezofagoskopu da się rozstrzygnąć dokładnie, gdzie się znajduje przeszkoda w połykaniu, i jakiej przyrody są obrażenia ścian przełyku, gdzie się zatrzymało ciało obce. Nawet bowiem promienie Röntgena nie wykrywają wszystkich ciał obcych, a nadto z powodu ciągłych ruchów połykowych w przełyku ciało obce może się już po rentgenowaniu przesunąć w dół i może się zdarzyć, że radyoskopia da wskazanie do wysokiej ezofagotomii, a ciało obce już tymczasem jest u wpustu, albo go i minęło. Tylko ezofagoskopia rozstrzyga, czy i gdzie są zwężenia bliznowate i pozwala na racyonalne leczenie. Wszystkie zwężenia przełyku samoistne u starców rozpoznawano dotąd jako raki, tymczasem ezofagoskop dowiódł, że raz na dziesięć razy to rozpoznanie jest mylne, i że chorzy tacy cierpieli na zwykły skurcz, dający się ezofagoskopią uleczyć. Bez tego byliby ci chorzy napewno zginęli z głodu. W niektórych przypadkach, przysłanych z rozpoznaniem raka przełyku, ezofagoskop wykrył rozszerzenie tętnicy głównej. Oto pokrótce najważniejsze momenty, stanowiące o doniosłości ezofagoskopii. *Stahr.*

L. Blum. **Czy wrzodziejące durowe zapalenie gardła ma znaczenie rozpoznawcze?** (*Sem. méd.* Nr. 9, 1908). Wrzody gardła w toku duru są tak znamienne, że je pozna natychmiast każdy, kto je raz widział. Znajdują się one przeważnie na przedniej powierzchni w górnej połowie łuków podniebiennych przednich, rzadziej zaś w łukach tylnych, na języczku lub na podniebieniu miękkiem. Często zajęte są równocześnie obie strony gardła w miejscach symetrycznych, czasem tylko zajęta bywa jedna strona. Często napotyka się więcej jak 2 owrzodzenia na raz (15 razy na 76. B. widział ich raz 8 naraz). Są one owalne, różnej wielkości, zawsze powierzchowne, o brzegach wyniosłych, różowych, a dnie szaro-żółtem lub szaro-różowem. Pokryte bywają czasem śluzem i za dotknięciem łatwo krwawią. Rozwijają się prędko, czasem już w ciągu doby i znikają zwolna, do pewnego stopnia równolegle z biegiem choroby samej. Utrzymują się przeciętnie koło 10 dni, w łagodnych przypadkach choroby 4—5 dni. Wrzody te są wczesnym objawem duru; często zjawiają się wcześniej, niż osutka. Z owrzodzeń tych rokować o przebiegu choroby, o zaostrzeniach lub nawrotach nie można. Są one zawsze niebolesne i spotyka się je średnio raz na 5—6 przypadków duru, najmniej raz na 15. Najczęściej zjawiają się w lecie (od lipca do września) i u chorych między 15. a 30. rokiem życia, częściej u mężczyzn niż u kobiet (57:19). Spotkać je można zarówno w przypadkach duru lekkich, jak i ciężkich, a nawet śmiertelnych. Na stole sekcyjnym spotyka się je (jak wogóle wczesne objawy duru) rzadko. Anatomicznie owrzodzenia te nie mają nic wspólnego z owrzodzeniami durowemi w jelitach, a chociaż B. znajdował na nich czasem (3:5) prątki durowe, jednak nie może twierdzić, że wywołuje je prątek Ebertha, boć go i tak w ślinie chorych na dur i bez owrzodzeń gardła często się napotyka. Owrzodzenia podobne napotyka się również i w zakażeniach paratyfusowych. W końcu swej pracy zwraca B. uwagę, że owrzodzenia te nie są cechujące dla duru, albowiem czasem napotykał je i w toku innych cierpień (zapalenie opłucnej, gruźlica prosówkowa), ale mają one takie samo znaczenie, co i osutka, t. zn., że obok innych objawów mogą przechylić rozpoznanie w kierunku duru. Dlaczego tak często zdarzają się w durze, a tak rzadko w innych chorobach zakaźnych, tego dotąd nie wiemy. *Stahr.*

Grimme. **O osobnikach wydzielających prątki durowe** (Typhusbazillenträger) **w zakładach dla obłąkanych.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 1, 1908). Fakt, że osobniki takie spotykano przeważnie w zakładach dla obłąkanych, tłomaczy się zdaniem G. jedynie tem, że tam właśnie robiono przedewszystkiem poszukiwania w tej sprawie. Nieco już późniejszy wiek tych chorych stoi w ścisłym związku z powstawaniem w nieco już późniejszym wieku kamieni żółciowych, które do właściwości tej usposabiają. Konieczność odosobniania takich chorych jest jasna, ujemny zaś wpływ odosobniania na przebieg chorób umysłowych upoważnia zdaniem G., do zabiegów operacyjnych, które jedynie mogą uleczyć »roznosiciela duru« od tak groźnej właściwości. Czy wybrać należy stosunkowo niewinną cholecystotomię, czy zabieg doszczętny (wycięcie pęcherzyka) należy za każdym razem zostawić do rozstrzygnięcia chirurgowi. *Dr M. Godlewski.*

Exner i Heyrovsky. **W sprawie patogenezy kamicy żółciowej.** (*Wien. klin. Wochs.* Nr 7, 1908). Z doświadczeń E. i H. wynika, że pod wpływem bakteryi ulegają sole żółciowe rozkładowi. Prątki durowe wywołują najsilniejszy rozkład; inne bakterye słabiej żółć rozkładają. Z badań różnych bakteryj co do zdolności rozkładania soli żółciowych zestawiają E. i H. skalę, rozpoczynającą się od paciorkowca, poczem następuje gronkowiec, prątek Friedländera, prątek okrężnicy, prątek ropy błękitnej, prątek odmieniec, a w końcu prątek durowy. Kamienie żółciowe przeważnie składają się z cholestearyny, to też przez strącenie cholestearyny przez bakterye powstają warunki do wytworzenia się kamyka żółciowego. Temsamem stwierdzamy, że te drobnoustroje, które najsilniej rozkładają sole żółciowe, grają najwybitniejszą rolę w powstawaniu kamicy żółciowej, a znalazłszy mimo to przy kamykach żółciowych zakażenie żółci gatunkami bakteryi, mało rozkładającymi żółć, np. paciorkowcami, możemy prawie z pewnością przyjąć, że one w etyologii kamicy nie miały prawie żadnego udziału, lecz ich obecność pozostaje w związku z wtórnem zakażeniem. *Dr Blassberg.*

Prof. Salkowski. **O nowem, fosfor i arsen zawierającem połączeniu żelaza.** (*Berlin. klin. Wochschft. 1908 Nr 4.* S. przypuszcza, że główna część wprowadzonego do ustroju arsenu zostaje złożoną w nim w postaci związków, podobnych do nukleoproteidów, zawierających fosfor, albo, że arsen w nukleoproteidach sam część fosforu zastępuje. S. zajął się więc sprawą istnienia związków organicznych, zawierających równocześnie P i As, używając do poszukiwań swych. kw. paranukleinowego, powstającego przy trawieniu kazeiny. Udało mu się rzeczywiście otrzymać połączenie żelaza, zawierające P i As, w którem arsen jest luźnie związany. Związek ten, zwany fabrycznie »arsenogen«, podawano najpierw zwierzętom i na podstawie otrzymanych wyników określono dawkę 0·18 na dzień jako prawdopodobnie dla człowieka zabójczą. Związek ten zmięszano z triferyną, dając mu nazwę: »arsentriferrol« i przetwór ten użyto do prób leczniczych na ludziach. Na podstawie dotychczasowych wyników oświadcza Prof. Mosse, że chorzy zażywają go chętnie i znoszą dobrze i że po dłuższem podawaniu w odpowiednich przypadkach następuje polepszenie. *W. Kluger.*

Lustwerk. **Łączenie użycia weronalu z dioniną.** (*Allg. med. Ctr. Ztg. 1907. Nr 34*). Zdaniem L. jeżeli się łączy stosowanie weronalu z użyciem dioniny, to można się nie oba-

wiać przyzwyczajenia się ustroju do tych środków. Nawet przy przewlekłem używaniu weronalu ustrój wtedy nie przyzwyczaja się do tego środka, a działanie weronalu nie słabnie; nagłe przerwanie stosowania jego nie wywołuje też wtedy żadnego odczynu. Weronal nie działa zbiorowo, ani ubocznie, nie wpływa na krążenie i oddychanie; sen po weronalu jest podobniejszy do naturalnego, niż po innych lekach nasennych. W moczu nie stwierdził L. po weronalu nigdy białka, ani cukru, nigdy też nie zauważył po tym środku żadnych wysypek na skórze.

Dr M Lauterbach (Wiedeń).

Nieuhaus: **Przypadek zatrucia weronalem.** *(Korresp. f. schweiz-Arzte. 1907. Nr 11).* Osoba dotknięta histeryą zażyła w zamiarze samobójczym o godz. 3 pop. 4 gr. weronalu; w godzinę potem znaleziono ją nieprzytomną i zsiniałą na krześle. N. wezwany wieczorem, zastał ją spokojnie śpiącą i stwierdził: źrenice średnio rozszerzone, oddziałujące na światło, tętno 89, regularne. O północy chora popadła nagle w wielki niepokój i krzyczała aż do przedpołudnia dnia następnego; w moczu, dnia tego oddanym, znaleziono 0·1 gr. weronalu w 100 cm^3. W ciągu następnych skarżyła się chora na silny ból głowy, podwójne widzenie, wymioty, uczucie trwogi, powoli jednak stan się poprawiał i chora wyzdrowiała. *I. Nowaczyński.*

Pedyatrya.

Szabad. **Wpływ fosforu na wymianę wapna u dzieci chorych i zdrowych na krzywicę.** (*Wracz. Gazieta* 1907, Nr 43). W celu zbadania wpływu fosforu na wymianę wapna u dzieci zdrowych i chorych na krzywicę wykonał S. 14 doświadczeń na 3 dzieciach; dwóch — chorych na krzywicę i jednem — zdrowem, przyczem w 6 doświadczeniach oprócz wapna badał jeszcze wymianę fosforu i azotu, w innych zaś 8 tylko wymianę wapna. Doświadczenia trwały po 3 dni, niekiedy dłużej (do 12—14—20 dni). Pokarm przez cały czas doświadczeń składał się z mleka krowiego niezbieranego i bułki. Fosfor podawano w tranie według przepisu Kassowitza (*Olei jecoris aselli 100,0, Phosphori 0,01* — po łyżeczce 2 razy dziennie). Na podstawie tych doświadczeń dochodzi S. do następujących wniosków: 1) Fosfor w dawce leczniczej nie wywiera wpływu na wymianę wapna u zdrowych dzieci, a zwiększa przyswajanie wapna u dzieci chorych na krzywicę. 2) Zwiększenie przyswajania wapna odbywa się przez zwiększenie wchłaniania się i zmniejszenie wydzielania się wapna w moczu i stolcu. 3) Zwiększenie przyswajania wapna następuje rychło po rozpoczęciu zażywania fosforu (już na 3—5 dzień), i ustaje bardzo powoli po usunięciu fosforu, tak, że nawet po 2 miesiącach trzyma się jeszcze wyżej poziomu prawidłowego (przy używaniu fosforu w ciągu 2½ miesięcy). 4) Fosfor działa na kości krzywicze swoiście, zbliżając ich skład mineralny do prawidłowego.

Z. Orłowski (Ptsbg.).

Laszenko. **Leczenie błonicy dużemi dawkami surowicy.** (*Russkij Wracz* NN 46—52, 1907). Na podstawie dwóch spostrzeżeń dochodzi autor (Charkow) do następujących wniosków: 1) Za najmniejszą dawkę surowicy przy błonicy trzeba uważać 2000 jedn. odp. 2) Przy leczeniu lekkich świeżych przypadków błonicy z nizką ciepłotą i u silnych dzieci należy odrazu wstrzykiwać conajmniej 3000—4000 jedn. Ta ilość surowicy zwykle wystarcza do prędkiego wyleczenia. 3) W początkowych okresach takich przypadków błonicy, gdzie błony zajmują całą przestrzeń migdałków, języczka, tylną ścianę gardła i t. d. należy odrazu wstrzyknąć 5000 jed. bez względu na wiek chorego. Ta ilość zwykle wystarczy, żeby zatrzymać szerzenie się sprawy. 4) W ciężkich przypadkach przy rozległych zmianach błoniczych, przy zgorzeli należy wstrzyknąć odrazu 5000 jedn., a po upływie 10—12 godzin wstrzyknięcie powtórzyć w tejże ilości, bez względu na wiek chorego. Drugie wstrzyknięcie zwykle zatrzymuje dalszy rozwój choroby. 5) W bardzo ciężkich przypadkach, albo w zadawnionych, kiedy od początku choroby minęło już 5—7 dni, kiedy błony zajmują całe gardło i jamę nosowo-gardłową i t. d., dobre wyniki daje wstrzyknięcie odrazu 6000—7000—10.000 jed. surowicy. 6) W beznadziejnych przypadkach wstrzyknięcia należy powtarzać co 5—7 godzin; każdorazowo należy wstrzykiwać nie mniej, niż 5000 jed. w ten sposób, żeby przez pierwszą dobę wprowadzić do 20.000—25.000 jedn. 7) Jednocześnie z leczeniem surowicą należy prowadzić leczenie ogólne i miejscowe. Leczenie miejscowe nie powinno być zbyt energiczne. *Z. Orłowski* (Ptsbg.).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w dniu 21. Lutego 1908.

1) Dr Mieczkowski przedstawia: *a)* **bąblowca,** którego wydobył z **wątroby** 37-letniej kobiety. Przez otwór wyszło 3 litry pęcherzyków. *b)* **Przepuklinę** pachwinową, w której znajduje się **pęcherz** moczowy u 53-letniego mężczyzny. Przy napełnianiu pęcherza zapełnia się przepuklina. Chcąc oddać mocz, chory musiał sobie pomagać przez nacisk na guz, dolegliwości zresztą nie miał. Wobec niemożności dobrania paska proponował prelegent operacyę, na którą jednak żona chorego nie chciała się zgodzić. Ponieważ udało się bandażyście p. Kasprowiczowi dobrać znakomity pasek, przeto na razie od operacyi odstąpiono. Przypadki takie trudno jest rozpoznać przed operacyą; dotąd na 56 przypadków tylko 3 razy się to udało, podczas operacyi jeszcze wczas rozpoznano sprawę 13 razy, skaleczono pęcherz 25 razy, przecięto go i nie zauważono 15 razy. Zwykle w takich razach wrota przepukliny są bardzo wielkie.

W dyskusyi wspomina Dr Fr. Chłapowski o przypadku, spostrzeganym w Bytomiu. Chora od 7 lat cierpiała na bąblowca, którego kol. Ch. wydobył przyrządem Dieulafoya. Musiało się jednak przytem troszkę dostać do krwi, bo chora dostała potem pokrzywki, a w moczu można było stwierdzić kwas bursztynowy.

2) Dr Karwowski przedstawia chorego, który cierpiał na **łysinę plackowatą** (*alopecia areata totalis*). K. stosował u tego chorego naświetlanie światłem żelaznem (po bezskutecznych innych lekach); w 2 miesiące cała głowa pokryła się bujnym włosem, prócz ostatniego miejsca wielkości talara, które już jednak także zarosło. — W dyskusyi wspomina Radca Dr Panieński o przypadku łuszczycy, który naświetlał światłem żelaznem. Wskutek pomyłki dozorcy naświetlono zamiast 3—5 minut — pół godziny, co wywołało bardzo silny odczyn zapalny na skórze. — Dr Karwowski zaznacza, że przy odpowiedniem dawkowaniu światło żelazne zupełnie nie jest niebezpieczne; widział bardzo dobry wynik przy łuszczycy.

3) Dr Franciszek Zakrzewski wygłasza odczyt: **O obecnym stanie rentgenologii przewodu pokarmowego.** Już wkrótce po odkryciu promieni Roentgena stosowano radyografię przewodu pokarmowego, lecz teraz dopiero udoskonalono tę metodę tak, że promienie te i w tej dziedzinie nadzwyczajne oddają nam usługi. Zwłaszcza prace Kümmla zasługują na wielkie uznanie. Powiodło się teraz dowieść, że dotychczasowe zapatrywania na położenie żołądka u żywego człowieka były mylne. Leży on tylko po lewej stronie. Dla zaznaczenia żołądka na obrazie rentgenowskim napełnia się żołądek według Baretty i Leoniego zawiesiną bizmutu (nie wielkiemi ilościami, jak to czyni Holzknecht). Są dwa typy położenia żołądka i to: Riedera (żołądek przy odźwierniku zakrzywiony) i Holzknechta (prawie prostopadły). Po 25. roku życia przeważa typ pierwszy. Po połknięciu bizmutu można spostrzegać, jak w górnej części żołądka tworzy się kopułka powietrzna, która się w miarę osuwania się bizmutu powiększa, przyczem ciepła woda szybciej się opuszcza, niż zimna. Z postaci żołądka można w rentgenogramie ocenić, czy istnieje nowotwór i czy on z żołądka samego wychodzi, można rozpoznać także zwężenia wskutek blizn. Przy złośliwem zwężeniu brak jest t. zw. »Hubhöhe« na obrazie. Wobec tego, że badanie chemiczne nie zawsze daje pewne wyniki, zrozumieć łatwo doniosłość rentgenografii, która nieraz w przypadkach zupełnie niejasnych ułatwia rozpoznanie.

4) Jako koreferat do tego odczytu wygłasza Radca Dr Chłapowski wykład: **O aerofagii i saliwofagii.** Łykanie powietrza prawie wyłącznie odbywa się z połykaniem śliny. Wydzielanie zaś obfitsze śliny łączy się prawie zawsze z cierpieniami żołądka. Wskutek łykania powietrza następuje odbijanie, które na Wschodzie przy biesiadzie uważane jest za pochlebstwo dla gospodarza. Przy nerwowej saliwofagii ślina nie przechodzi przez przełyk, tylko zatrzymuje się w połyku. Żucie, niektóre potrawy i napoje zwiększają tworzenie się śliny. Używanie korzeni, napojów fermentujących, herbaty, nadmiaru lekarstw i t. d., praca biurowa po obiedzie, spółkowanie po jedzeniu wywołują nieżyty żołądka, a z nimi odbijanie. Aerofagia jest stanem fizyologicznym, ale przesadnym. Przy początku wymiotów powietrze dostaje się do żołądka także przez aspiracyę. Rentgenografia żołądka przy saliwofagii stwierdza ciągły jego ruch.

5) W »wolnych głosach« porusza Dr Karwowski myśl, żeby salę posiedzeń Wydziału w nowym gmachu Tow. Przyjaciół Nauk połączyć na wzór Domu lekarskiego w Krakowie z salą ogólną. Według dotychczasowego planu ma ona znajdować się zupełnie oddzielnie w innem skrzydle. Dr Święcicki przyrzeka myśl tę poprzeć w Zarządzie.

Następnie Dr Święcicki porusza myśl **kształcenia t. zw. samarytanek** wiejskich, którą zajmuje się Towarzystwo społeczno-higieniczne. Wywiązała się nad tem obszerniejsza dyskusya, z której wynika, że rzecz ta ma wielkie znaczenie, a Towarzystwu społeczno-higienicznemu należy się uznanie za zajęcie się tą ważną sprawą.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 3. Grudnia 1907 r.

W dyskusyi nad odczytami kol. Rzętkowskiego i Kryńskiego podaje Hewelke w wątpliwość, czy udział dotychczasowy chirurgii może być uważany za ideał leczenia, a samo usuwanie chorego narządu za metodę leczniczą. Ideałem leczenia i wyleczenia jest doprowadzenie chorego narządu do stanu normalnego, *restitutio ad integrum.*

Lubliner dzieli się swemi spostrzeżeniami, jakie poczynił przed kilkoma dniami osobiście w Marburgu, gdzie zbadał dwóch chorych, operowanych przez prof. Friedricha z powodu rozedmy płuc. Operacya ta była proponowana przez Freunda przed 50 laty, lecz wówczas nie zyskała sobie sympatyi. Obydwa przypadki, badane przez L., dotyczyły ciężkich postaci rozedmy płuc, która po operacyi w obydwu przypadkach ustąpiła. Operacya polega na resekcyi pewnej części chrząstek żeber, począwszy od drugiego do szóstego. Najważniejszą częścią operacyi jest wypiłowanie części (—1½ ctm.) drugiego żebra. Rezultat tych dwóch operacyj okazał się świetnym. Również opowiedział L. o przypadkach leczenia suchot płucnych zapomocą sztucznie wywołanej odmy piersiowej (*pneumothorax*). Przypadków tych L. badał świeżo pięć w Davos-Schatzalp. Dotychczas znanych jest 15 przypadków; wyniki leczenia są zachęcające.

Skłodowski nie zgadza się ze wszystkiemi twierdzeniami prelegenta. Tak n. p. w zatruciu mocznicowem rozróżnia kol. Rz. dwa rodzaje przypadków. Zatrucie, powstałe na tle choroby Brighta, nie stanowi według niego bezwzględnego przeciwwskazania do operacyi. Prelegent czyni tu widocznie ustępstwo dla operacyi Edebohlsa, chociaż spór o jej pożytek uważa jeszcze za otwarty. Druga kategorya obejmuje te przypadki mocznicy, które rozwinęły się na tle innych chorób układu moczowego. Otóż w nich uważa prelegent operacyę za wręcz przeciwwskazaną, albo odłożyć ją każe do czasu przekonania się o sprawności nerek, *resp.* drugiej nerki. S. nie rozumie dobrze celu badania sprawności nerek w przypadkach mocznicy; wszak samo jej wystąpienie świadczy chyba dostatecznie o niesprawności nerek. Dalej podnosi S., że godząc się z podobnym przeciwwskazaniem, musielibyśmy wyrzec się pomocy chirurgicznej we wszystkich przypadkach bezmoczu mechanicznego, bo tam przecie badanie moczu jest wyłączone, a tembardziej w przypadkach, gdzie choremu pozostała jedna tylko nerka. Tymczasem dziś już posiadamy aż nadto przekonywające dowody, że nawet w przypadkach o jednej tylko nerce operacya usunąć jeszcze może objawy mocznicy i ocalić życie chorego. Mówiąc o przeciwwskazaniach do operacyi w przypadkach niedokrwistości ostrej wskutek trwającego jeszcze krwotoku, prelegent uważa, że natura sprawy chorobowej w rachubę tu wchodzić nie powinna. Niewiadomo tutaj, w jaki sposób postąpić ma chirurg dla zatrzymania krwotoku n. p. z raka żołądka, jeżeli wyłącza się z góry możliwość usunięcia całego guza. Natomiast dla kol. Rz. niedokrwistość przewlekła wskutek nieustannych, acz niewielkich utrat krwi na tle nowotworu złośliwego, pozornie niezbyt rozległego, jest przeciwwskazaniem do operacyi radykalnej. Prelegent utrzymuje, że niedokrwistość w tym razie uwarunkowaną jest dwiema przyczynami, utratą krwi i złą funkcyą narządów krwiotwórczych. Lecz skąd wiadomo, ile na karb każdej z tych przyczyn położyć należy w przypadku konkretnym?

Leśniowski protestuje przeciwko klasyfikacyi Rz. chorób na chirurgiczne i wewnętrzne; klasyfikacya prelegenta wywołuje chaos.

Borzymowski czyni następujące uwagi: 1) Wniosek, że rozległe i wieloogniskowe nowotwory złośliwe stanowią przeciwwskazanie do leczenia operacyjnego nie jest ścisły, ponieważ często robią się paliatywne operacye przy tych chorobach z dobrym wynikiem; wieloogniskowe i rozległe nowotwory złośliwe są tylko przeciwwskazaniem do operacyi doszczętnych. 2) Wniosek kol. Rz. co do zapalenia wyrostka robaczkowego brzmiał dosłownie tak: nie należy spieszyć z operacyą, o ile nie zagraża niebezpieczeństwo życiu chorego. Tymczasem przy tej chorobie zawsze niebezpieczeństwo zagraża życiu. 3) Według kol. R. obrzęki i brak apetytu również są przeciwwskazaniem do operacyi, tymczasem w każdej niemal ciężkiej chorobie jedno i drugie występuje i służy nam właśnie często za wskazanie do tem szybszego zabiegu operacyjnego, n. p. przy ropniach rozmaitego pochodzenia. 4) Żółcicę (cholemię) również kol. Rz. uważa za coś b. niebezpiecznego ze względu na krwotoki; B. jednak nie widział nigdy krwotoku przy żółcicy w ciągu 10-letniej praktyki szpitalnej. 5) Przy ostrej niedokrwistości kol. R. nie radzi wahać się z zabiegiem chirurgicznym, natomiast przewlekłą niedokrwistość na tle krwotoków z guzów złośliwych R. uważa za przeciwwskazanie. Pogląd ten wymaga pewnych zastrzeżeń, w niektórych bowiem przypadkach ostrych krwawień nie operujemy, a często przy przewlekłych krwotokach, n. p. przy rakach macicy, z powodzeniem operujemy. 6) Jakkolwiek choroby płucne niewątpliwie wymagają wielkiej ostrożności ze strony chirurga, to jednak argument kol. R., że przy operacyach często widywał pogorszenie, nie jest przekonywający, albowiem i bez operacyi przy tych chorobach zdarza się b. często pogorszenie. 7) Co do uśpienia, to B. radzi zwrócić uwagę przedewszystkiem nie na czystość chloroformu, lecz na chloroformującego. 8) Wady serca nie są przeciwwskazaniem do operacyi, lecz zwyrodnienie mięśnia sercowego.

Anastazy Landau mówił o operowaniu przy cukrzycy. Cukrzyca sama przez się stanowi przeciwwskazanie do większych zabiegów operacyjnych, gdy jednakże operacya jest niezbędną, postępować trzeba w sposób następujący: Dyabetyka przed samą operacyą nie należy zbytnio głodzić i bez względu na cukromocz powinien on dostać węglowodany. Podczas operacyi obchodzić się należy jaknajoszczędniej z narkotykiem. Pamiętając zaś o śpiączkach, występujących bezpośrednio po operacyi, trzeba choremu do czarnej kawy dodawać lewulozy lub cukru mlecznego i nie żałować przytem alkaliów.

Dunin podnosi, że wady serca nie mogą być przeciwwskazaniem do operowania, rs. chloroformowania. Nowotwory złośliwe są bezwzględnie przeciwwskazaniem do operacyi.

Wł. Janowski zwraca uwagę, że operacya Freunda została dotąd wykonana zaledwie w 4 znanych w piśmiennictwie przypadkach (Freund, Mohr, Pässler, Seidel i Stieda). Wskazania do operacyi dotąd bardzo trudno określić. *Dr Ign. L.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy *ogłasza:* Przekształcenie Tow. Samopomocy lekarzy w Związek krajowy lekarzy w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia z d. 23. czerwca 1907 przyjęło c. k. Namiestnictwo do wiadomości i zatwierdziło statuty Związku krajowego, Związku obwodowego i Organizacyi powiatowej. Zgromadzenie konstytuujące Organizacyi lekarzy miasta Krakowa odbędzie się w niedzielę dnia 5. kwietnia b. r. o godzinie 5 popoł. w Domu lekarskim. Wydział Towarzystwa Samopomocy zaprasza wszystkich członków Towarzystwa, oraz tych, którzy do Organizacyi przystąpić pragną. Statut i porządek dzienny będzie wszystkim lekarzom w Krakowie zamieszkałym rozesłany wraz z deklaracyą przystąpienia. Obecni członkowie Towarzystwa Samopomocy w myśl statutu Związku krajowego, stają się z chwilą ukonstytuowania się Organizacyi jej członkami, o ile wystąpienia nie zgłoszą i są zobowiązani deklaracyę przystąpienia nadesłać.

Dr Flis, sekretarz generalny. *Dr W. Damski*, I wiceprezes.

Z warszawskiego Stowarzyszenia lekarzy polskich. Na 2 posiedzeniach Wydziału dla spraw bytu materyalnego lekarzy (5. i 27. III.) rozpatrywano sprawę udzielania pomocy lekarskiej ludności ubogiej w różnego rodzaju ambulatoryach bezpłatnych, na zasadzie referatu kol. K. Łazarowicza, (wydrukowany w całości w Nrze 12 i 13 »Medycyny«, por. »Przegląd lek.« Nr 12). Treść tego referatu jest pokrótce następująca: Na całym zachodzie Europy dozór sanitarny ujęły w swe ręce rządy,

organizacye zaś samorządne zajęły się walką z chorobami zakaźnemi, oraz szpitalnictwem. W celu zaś ułatwienia leczenia osobom, przebywającym w domu, ułatwiono tworzenie specyalnych Towarzystw wzajemnych ubezpieczeń, Kas chorych i t. d. W Rosyi, jak jedno, tak i drugie, wzięły na siebie ziemstwa. U nas sprawa ta nie z naszej winy została zupełnie spaczona: szpitale i przytułki poszły pod zarząd biurokratycznych Rad dobroczynności publicznej, które je zrujnowały doszczętnie, a wieś i uboga ludność wiejska pomocy lekarskiej nie posiadają, prócz utworzonych, dzięki inicyatywie osób prywatnych i ofiarności lekarzy ambulatoryów. Z czasem jednak poczęła ludność nadużywać tego dobrodziejstwa Liczba porad bezpłatnych, udzielanych w ambulatoryach w Warszawie, przekracza pół miliona rocznie. Korzystają z nich głównie (60 prc.) wyrobnicy, drobni rzemieślnicy, służba domowa, około 30 prc. chorych stanowią robotnicy fabryczni, subjekci handlowi, drobni urzędnicy i t. d.; prawdziwi zaś nędzarze stanowią najwyżej 1—2 prc.; około 10 prc. stanowią ludzie zamożni. Robotnicy, rzemieślnicy i t. d. powinni znaleźć pomoc lekarską w Towarzystwach wzajemnych ubezpieczeń na wypadek choroby, w Kasach chorych i t. d. Że warstwy te ludności zdołają utrzymać Kasy chorych, dowodzą chociażby dochody z kar, opłacanych przez dorożkarzy (rocznie 30—40 tysięcy rubli), z opłat za książeczki służbowe służby domowej (kilkakroć sto tysięcy rubli). Z tego są wydawane nagrody funkcyonaryuszom policyi warszawskiej. W sumie ambulatorya odbierają lekarzom warszawskim najmniej 215.000 rb. rocznie, przyczem chorzy nie poczuwają się do żadnej wdzięczności i są nawet mniemania, że pomoc ambulatoryjna należy im się za opłacanego rubla podatku szpitalnego. Co ważniejsza, ambulatorya obniżają do zera wartość pracy lekarskiej. (Wnioski referenta, ob. Nr 12. r. b. »Przeglądu lek.«.)

Wobec tego, że zmarły na dur plamisty etatowy lekarz szpitala Dz. Jezus kol. Koronkiewicz padł ofiarą zawodu, wszczęto na posiedzeniu 27. III. sprawę odszkodowania lub zapomogi dla rodziny zmarłego. Kol. J. Zawadzki poddał sprawę pod dyskusyę, po której prawie jednomyślnie uchwalono wniosek następujący: »Wydział bytu lekarzy uprasza Zarząd Stowarzyszenia o podjęcie odpowiednich kroków, by lekarze szpitalni i wogóle zakładowi, którzy utracili zdolność do pracy lub też życie skutkiem zarażenia się w szpitalu lub zakładzie leczniczym, otrzymywali odszkodowanie, ewentualnie, aby to wynagrodzenie było wypłacane ich rodzinom; przytem pozostawia się odpowiednim instytucyom ubezpieczenie lekarzy lub też przyjęcie odszkodowania na własny rachunek«. Uchwała ta, pierwszy raz powstała w zawodzie lekarskim, dowodzi wzrastania wśród lekarzy uświadomienia społecznego.

Na temże posiedzeniu rozpatrzono sprawę jednej z lecznic prywatnych, która rozesłała drukowaną ofertę do fabrykantów warszawskich, ofiarując dostarczanie pomocy lekarskiej robotnikom po cenie 25 kop. za poradę. Na wniosek komisyi, która zajęła się zbadaniem tej sprawy, powzięto uchwałę następującą: »Rozsyłanie przez lekarzy lub zakłady lecznicze (ambulatorya itd.) ofert reklamowych do nielekarzy nie jest dopuszczalne. Tembardziej nie jest dopuszczalne rozsyłanie ofert z ceną niższą od ogólnie przyjętej«. Sprawa nadto skierowana została do Sądu przy Stowarzyszeniu. *W. K.*

Taryfę lekarską ustanowili lekarze w Rzeszowie za wzorem kolegów z innych miast galicyjskich. Taryfa ta oznacza następujące honorarya: 1) za zwykłą ordynacyę w domu lekarza w godzinie ordynacyjnej 2 K; 2) za ordynacyę z badaniami skombinowanemi (narzędziami, z rozbiorem chemicznym) 4 K.; 3) takież ordynacye poza godzinami ordynacyjnemi więcej o 50%; 4) wizyta w domu chorego w dzień 4 kor., każda następna 3 K; 5) takaż wizyta w nocy (godz. 10—7) 10 kor.; 6) ordynacya w domu lekarza w nocy 5 K.; 7) w razie znaczniejszego oddalenia dostarczenie podwody lub zwrot kosztów fiakra; 8) za naradę lekarską (consilium) najmniej po 6 K.; w nocy 12 K.; za naradę ze specyalistą zamiejscowym 20 K., 9) za godzinę pobytu przy chorym po 5 K.; 10) za proste świadectwo lekarskie 4 K.; 11) za szczepienie krowianki 4—5 K.; 12) za operacye według umowy; 13) przy wyjazdach za każdą godzinę w dzień po 6, w nocy po 10 K. Wynagrodzenie należy się lekarzowi za każde wezwanie do chorego, choćby udzielenie pomocy z przyczyn od lekarza niezależnych zostało udaremnione; wynagrodzenie to powinno być płacone otwarcie, a w razie niezapłacenia ma lekarz przedłożyć rachunek stronie. Mniej zamożnym może lekarz przyznać opust, jednakże honoraryum i wtedy nie może wynosić mniej, niż 2 kor. Taryfę tę z podpisem wszystkich lekarzy rzeszowskich ogłoszono w miejscowym tygodniku. *R.*

Wydział Tow. lekarzy kolejowych zachodniej Galicyi, którego to Towarzystwa założycielem i pierwszym prezesem był ś. p. Dr Józef Zoll, uchwalił na wiadomość o jego śmierci złożyć wieniec na trumnie, wziąść gremialny udział w pogrzebie, na którym przemówi kol. Dr Jabłoński, przedstawić najbliższemu Walnemu Zgromadzeniu projekt trwałego uczczenia pamięci ś. p. Dra Zolla, uwiadomić inne Dyrekcye kolejowe, konsulentów sanitarnych i lekarzy kolejowych o dniu pogrzebu dla wzięcia w nim udziału, jakoteż złożyć wdowie kondolencyę.

Wiceprezes: *Dr Jabłoński.* Sekretarz: *Dr Czerny.*

Zasadnicza rozprawa co do Kas chorych dla ludzi zamożniejszych odbyła się w Trybunale administracyjnym w Wiedniu. Wiedeńska Izba lekarska uchwałą z d. 10 stycznia 1902 r. uznała za sprzeczne z godnością stanu, gdyby lekarz przyjął posadę w kasie dla chorych, założonej przez wiedeńskich urzędników bankowych. Następnie d. 15 lutego 1902 powzięła Izba lekarska w Wiedniu taką samą uchwałę co do wszystkich regestrowanych kas zapomogowych, któreby zostały założone i członkom swoim zapewniały bezpłatną poradę lekarską, gdyż te kasy zakładane są przez ludzi, mających fundusze dostateczne, ażeby prywatnie zasięgać porady lekarskiej. Namiestnictwo dolno-austryackie zniosło obie te uchwały, twierdząc, że Izba lekarska przekroczyła swój zakres działania, zaś ministerstwo spraw wewnętrznych odrzuciło rekurs, wniesiony przez Izbę przeciwko orzeczeniu namiestnictwa. Zdaniem ministerstwa uchwały Izby sprzeciwiają się ustawie, (gdyż regestrowane kasy zapomogowe mają prawo ustanawiać dla członków swoich lekarzy) i stwarzają prejudykat dla sądu honorowego. Izba lekarska odwołała się do Trybunału administracyjnego. Podczas rozprawy przed tym trybunałem zaznaczył adwokat Dr Ofner, jako zastępca Izby lekarskiej, że wniesione przez nią zażalenie jest wynikiem długoletniej walki, którą lekarze wiodą o egzystencyę. Gdy przy obowiązkowych kasach dla chorych zaprowadzono instytucyę płatnych przez kasę lekarzy, zachowywali się lekarze biernie, chociaż kasy wyznaczały lekarzom bardzo małe wynagrodzenia. Lekarze nie zwalczali tych kas, gdyż chodziło o ludzi ubogich. Inne stanowisko musieli zająć lekarze, gdy klasy zamożne uciekły się do tworzenia instytucyi źle płatnych lekarzy kasowych, pobierających za ordynacyę po 10 do 20 halerzy. Leczenie za taką płacę musi być powierzchowne, a w dodatku obniża w sposób nielojalny honorarya lekarskia. Izba lekarska wobec tego powzięła wspomniane uchwały, ktore nie przekraczają zakresu jej działania. Wiceprezydent Izby lekarskiej, Dr Gruss, w przemowie swej wezwał Trybunał, ażeby przyszedł z pomocą lekarzom i nie zmuszał ich do szukania ratunku w biernym oporze. Trybunał po trzygodzinnej naradzie orzekł, że rozstrzygnięcie tej sprawy zostanie ogłoszone d. 4 maja b. r. W tym samym terminie zostanie załatwiona taka sama sprawa Izby lekarskiej dolno-austryackiej. *R.*

Czy lekarz może być pociągnięty do odpowiedzialności za zaniedbanie badania promieniami Röntgena? Na pytanie to odpowiada Prof. Karewski (w Therapie d. Gegenwart 1908. Z. 3) twierdząco, zwłaszcza co do przypadków złamań, zwichnięć i ciał obcych. Zdanie to niezupełnie słuszne. Lekarz n. p. na głębokiej prowincyi nie może nieraz nawet myśleć o radyoskopii, bo nie zawsze można chorego przetransportować, a sprowadzanie przenośnych aparatów połączone jest ze zbyt wielkim kosztem. Lekarz powinien jednak zawsze w przypadku takim oświadczyć, że badanie promieniami Röntgena oddaćby mogło wielką usługę, lub nawet w razie trudności w rozpoznaniu sprawę wyjaśnić; decyzya zaś zależeć już będzie od chorego. *K.*

Nadużycia przy ogłaszaniu konkursów. Bullmann podnosi w Nr 11, »Mediz. Klinik.« częste nadużycia, a nawet wprost nieprawdziwe przedstawianie sprawy przy ogłaszaniu konkursów na posady lekarskie. Lekarze powinni postarać się, by kolega, który przy objęciu posady został wprowadzony w błąd, mógł przeciwko danej instytucyi wystąpić na drodze prawa. W konkursach nieraz przesadnie opisuje się korzyści danej posady, pomijając milczeniem słabe strony, jak liczbę lekarzy w okolicy, kasy chorych i t. p. Jak dotąd, lekarze są w obec tego bezsilni i niejeden opłaca grube »frycowe«, nic dziw też, że co chwila czytamy przestrogi przed objęciem tej lub owej posady, mimo że konkurs przedstawia się bardzo zachęcająco, co szczególnie często zdarza się w Niemczech. *K.*

Higiena młodzieży szkolnej w Galicyi była jednym z przedmiotów konferencyi wszystkich dyrektorów szkół średnich, odbytej w zeszłym tygodniu we Lwowie pod przewodnictwem wiceprezydenta Krajowej Rady szkolnej, R. dw. Dembowskiego.

W uchwałach uznano potrzebę: 1) opracowania »Przepisów higienicznych dla młodzieży szkół średnich«; 2) urządzania kursów wakacyjnych dla nauczycieli szkół średnich z wykładami higieny szkolnej; 3) wprowadzenia w szkołach średnich nauki higieny, wszelako bez pomnożenia liczby godzin szkolnych; 4) umieszczenia w »Wypisach szkolnych« ustępów o szkodliwości wyskoku i nikotyny; 5) zaopatrzenia szkół średnich w tablice Dra Wernica: »Walka z chorobami zakaźnemi«; 6) urządzania kursów zabaw ruchowych dla nauczycieli; 7) wydania i umieszczenia w salach szkolnych tablic z »przykazaniami higienicznemi«; 8) wprowadzenia stałych lekarzy szkolnych; 9) przenoszenia szkół z miast w pola i lasy.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 22. do 28. III. 1908 doniesiono o 34 nowych przypadkach duru plamistego w 14 gminach, a mianowicie: pow. Bohorodczany (Kryczka 1), Cieszanów (Sucha wola 1), Drohobycz (Bronica 2), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 4), Horodenka (Horodenka 1), Jaworów (Hruszowice 2), Lisko (Łuh 1, Jaworzec 3), Podhajce (Nowosiółka 3), Przemyślany (Zamoście 2), Rawa (Majdan 2), Sokal (Tartaków m. 10), Stanisławów (Komarów 1), Zborów (Pleśniany 1). *Dr T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 22. do 28. III. 1908 urodziło się dzieci żywo 50, nieżywo 1; zmarło osób 53 (w tem obcych 14), z nich z gruźlicy 15 (5), zapalenia płuc 13 (2), gorączki połogowej 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 22. do 28. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 5 (w tem obcych 3), krztuśca 7, płonicy 3 (3), duru brzusznego 3 (3), czerwonki 1 (1), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 22. do 28. III. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 8 † 2 (w tem obcych 2 † 1), krztuśca 2 † 1, płonicy 18 † 2 (4 † 1), odry 6 † 1, duru brzusznego 4 (2), duru osutkowego — † 1. *Dr Leg.*

Śmiertelność w Łodzi w styczniu i lutym 1908.

Kilka słów objaśnienia: Cyfry oparte są na obliczeniach kart śmierci, sprawdzonych przez miejskich lekarzy obwodowych. Głównie zwrócono uwagę na śmiertelność z chorób zakaźnych, ale poważniejsze cyfry chorób niezakaźnych są również uwzględnione. Wiek dziecięcy przyjmuję do 14 lat, młodzieńczy zaś od 14 r. ż. zaliczam do dorosłych. Pragnąc wyjaśnić, czy istnieje różnica śmiertelności ludności chrześciańskiej a izraelickiej ze względu na odrębności kulturalne, zwyczajowe i religijne, obliczam oddzielnie przypadki śmierci u chrześcian i izraelitów.

W następujących zestawieniach cyfry śmiertelności wyrażone są w postaci stosunku, którego pierwszy człon oznacza śmiertelność dzieci, a drugi — śmiertelność dorosłych. Cyfry w nawiasach wskazują na odpowiednie pozycye śmiertelności wśród izraelitów, objętych także liczbami ogólnemi. Stosunki te [śmiertelność dzieci wogóle (w tem dzieci izrael.): śmiertelność dorosłych wogóle (w tem dorosłych izrael.)] będą służyły zarazem jako wskaźniki, których znaczenie jest widoczne.

Styczeń: *A)* Choroby zakaźne: gruźlica płuc 23 (10): 66 (12), gruźlicze zapalenie opon 46 (14): 4 (1), ospa 156 (5): 2 (0), błonica 12 (5): 0, dławiec 1:0, płonica 3:0, odra 15 (3): 0, krztusiec 4:0, róża 1:0, grypa 1:3 (2), dur brzuszny 9 (2): 14 (2), zapalenie płuc 81 (16): 9 (5), przymiot 0:0. Razem zakaźne: 354 (55): 96 (22) = 450 (77).

B) Choroby niezakaźne: nowotwory 1 (1): 23 (7), wada serca 1 (1): 47 (9), zapalenie nerek 1 (1): 17 (7), nieżyt jelit 46 (10): 4, nieżyt dróg oddechowych 70 (15): 6 (3), udar 0: 19 (6), miażdżyca tętnic 0: 10 (2), zakażenie połogowe 0: 7 (1), drgawki 60 (5): 0, wycieńczenie dzieci 63 (20): 0, nieżywo urodzeni 37 (3): 0, uwiąd starczy 0: 89 (23), rozedma płuc 0: 12 (4), rany postrzałowe 0: 12 (1), rozmaite 23 (5): 51 (11). Razem niezakaźne: 302 (61): 297 (74) = 599 (135).

Luty: *A)* Choroby zakaźne: gruźlica płuc 17 (3): 71 (18), gruźlicze zapalenie opon 32 (11): 2 (1), ospa 85 (0): 1 (0), błonica 2 (11): 0, dławiec 2:0, płonica 7:0, odra 6:0, krztusiec 5 (2): 0, róża 0:1, grypa 1:0, dur brzuszny 3:4 (10), zapalenie płuc 48 (13): 15 (4), przymiot 3:2. Razem zakaźne: 211 (33): 96 (24) = 307 (57).

B) Choroby niezakaźne: nowotwory 1:20 (6), wada serca 2 (0): 25 (15), zapalenie nerek 0:8 (3), nieżyt jelit 50 (8): 3 (0), nieżyt dróg oddechowych 56 (12): 3 (1), udar 0:8 (4), miażdżyca tętnic 0:0, sprawy połogowe 0:0, drgawki 77 (7): 0, wycieńczenie dzieci 26 (10): 0, nieżywo urodzonych 68 (4): 0, uwiąd starczy 0: 40 (8), rozedma płuc 0:0, rany postrzałowe 0:9 (1), rany cięte 0:4, rozmaite 39 (0): 12. Razem niezakaźne: 319 (41): 144 (38) = 451 (79).

Ogólna więc śmiertelność w styczniu wynosi 1,049 (212), w lutym 758 (136); na wiek dziecięcy w styczniu przypada 656 (106), w lutym zaś 520 (74). *Dr Bartoszewicz.*

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 1. IV. b. r. posiedzenie, na którem po uczczeniu pamięci zmarłych członków: ś. p. Prof. Mierzejewskiego i Dr Zolla i odczytaniu pism Namiestnictwa i Wydziału krajowego (ob. niżej), wybrano członkiem korespondentem Dr Gundruma z Zagrzebia, a prezesem komisyi przemysłowo-lekarskiej Dr Bielańskiego. Następnie przedstawili Prof. Kader i Dr Radliński operowanych chorych z kliniki chirurgicznej (resekcye jelit z powodu zwężeń gruźliczych, enteroanastomoza z powodu raka okrężnicy, wycięcie odźwiernika z powodu raka, plastyka ścięgien, wyłuszczenie torbieli jajnikowej u 8-letniej dziewczynki, faryngotomia i wycięcie nowotworu migdałka), Dr Landau J. przypadek choroby Barlowa, a Dyr. Trochanowski miał wykład o wynikach ostatniego rozbioru zdrojów w Iwoniczu. — W dyskusyi przemawiali: Prof. Browicz, Kader i Doc. Gliński.

— *Wydział krajowy wystosował do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pismo następujące:*

L. 8101/08. Lwów d. 6. marca 1908.

Wydział krajowy zawiadamia Szanowne Towarzystwo, że w sprawie memoryału o reformie szpitalnictwa krajowego Wysoki Sejm żadnej nie powziął uchwały. Natomiast Wydział krajowy korzystać będzie w miarę finansowej możności kraju z wyrażonych w memoryale spostrzeżeń i postulatów, a to tem chętniej, że odpowiadają one najistotniejszym potrzebom sanitarnym kraju naszego i kierunkowi, jaki sobie Wydział krajowy w tych sprawach wytknął.

Marszałek krajowy: *Badeni* m. p.

Członek Wydziału krajowego: *Onyszkiewicz* m. p.

(Podobnej treści pismo otrzymały inne korporacye i instytucye lekarskie w kraju, które wniosły do Sejmu w zeszłej sesyi memoryały w sprawie szpitalnictwa).

— *Towarzystwo lekarskie krakowskie otrzymało z Namiestnictwa galicyjskiego następujące pismo:*

L. 23,793/VI. B. Lwów d. 3. marca 1908.

Na cenne pismo c. k. Namiestnictwo oznajmia, że sprawa stworzenia państwowej ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych jest w toku.

Projekt takiej ustawy, opracowany przez c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych na podstawie opinii c. k. Najwyższej Rady Zdrowia, był właśnie w miesiącu lutym bieżącego roku przedmiotem obrad ankiety ministeryalnej.

O ile c. k. Namiestnictwu wiadomo, zaprojektowaną jest ustawa w tak ogólnych zarysach, że wszystkie szczegóły i odrębne stosunki poszczególnych krajów będą mogły być uwzględnione w rozporządzeniu wykonawczem do tej ustawy.

Wobec grożącej zaś z dwóch stron, od Rosyi i od Turcyi cholery, która z wiosną do Monarchii, a zwłaszcza do naszego kraju, łatwo wtargnąć może, należałoby wydanie rzeczonej ustawy raczej przyspieszyć, a nie opóźniać jej przez żądanie jeszcze opinii c. k. Krajowej Rady Zdrowia, lub ku temu zwołanej ankiety lekarskiej.

Opinie te będą mogły wydać właściwe czynniki co do przepisów wykonawczych do tej ustawy.

C. k. Namiestnik: *Potocki* m. p.

— Komisya wykonawcza dla sprawy usunięcia wyrobów pruskich wybrała swym prezesem Dr Kwaśnickiego, wiceprezesami Dr Damskiego i mag. f. p. Mikuckiego, sekretarzami Dr Weinsberga i mag. f. p. Grabowskiego.

— W d. 1. IV. odbyła się Komisya mieszana w sprawie projektów budowy »Zakładu położniczego« w Krakowie.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galic. przyjął na posiedzeniu w d. 24. II. b. r. sprawozdanie Prezydenta z posiedzenia Wydziału wykonawczego Izb. Wydział wykonawczy obrał swym prezesem Prof. Fingera z Wiednia i uchwalił m. i. wysłać deputacyę do ministerstwa spraw wewn. w sprawie utworzenia urzędu zdrowia i ustawy o chorobach zakaźnych, oraz wnieść do ministerstwa wojny memoryał przeciw częstszemu powoływaniu lekarzy do ćwiczeń. — Na temże posiedzeniu, oraz w d. 16. III.

b. r. oprócz załatwienia spraw drobniejszych, rozpatrywał Wydział Izby wsch.-gal. szereg spraw honorowych, postanowił wystąpić przeciw pewnemu partaczowi i wydać okólnik w sprawie partactwa do lekarzy, zaopiniował rachunki lekarskie 2 lekarzy i wreszcie zgodził się, by Towarzystwo ubezpieczeń w Krakowie wypłacało 5 koron za badania przy t. zw. ubezpieczeniach życiowych służby folwarcznej, pod warunkiem, że przy wszystkich innych ubezpieczeniach wypłacane będzie honoraryum 10 koron i że także Izba zach.-gal. owo wyjątkowe niższe honoraryum zatwierdzi.

— Pierwsze zebranie ankiety lekarsko-aptekarskiej w sprawie usunięcia wyrobów pruskich, zwołane z inicyatywy Dra W. Ziembickiego, odbyło się d. 20. III. b. r. przy udziale delegatów Gremium aptekarskiego, Wydziału lekarskiego, Szpitala powszechnego, Towarzystwa lek. lwowskiego, Akademii weterynaryi, dalej delegatów asystentów uniwersytetu, sekundaryuszy szpitalnych, lekarzy miejskich, prasy lekarskiej i Towarzystwa dziennikarzy polskich, a pod przewodnictwem Prof. Bądzyńskiego. Uchwalono wydać zwięzły skorowidz dla lekarzy, wskazujący, które leki są wyrobem pruskim i jakimi wyrobami innymi, przedewszystkiem polskimi, można je zastąpić, a całą akcyę dalszą powierzyć komitetowi wykonawczemu, do którego zostali wybrani: Prof. Bylicki (prezes), Dr Pisek i Mr. f. Sklepiński (wiceprezesi), Dr W. Ziembicki i Dr Piepes-Poratyński (sekretarze), Prof. Popielski (redaktor skorowidza). Komitet, mający prawo kooptacyi, działać będzie w porozumieniu z lwowskim komitetem ogólno-obywatelskim i z lekarsko-aptekarskim komitetem krakowskim, z którym pracą stosownie się podzieli.

— W Stanisławowie ma w r. b. powstać Park Jordana na 10-morgowym terenie, zakupionym na ten cel przez Kasę Oszczędności.

Warszawa. »Polski komitet badania i zwalczania raka« ogłasza konkurs z nagrodą 300 rb. za najlepszą oryginalną pracę naukową z zakresu: *a*) badań anatomiczno-patologicznych raka i innych nowotworów złośliwych; *b*) badań doświadczalnych nad szczepieniem raka i uodpornianiem zwierząt; *c*) badań wymiany materyi u chorych na raka; *d*) statystycznych opracowań przypadków raka w jednym ze szpitali pod względem klinicznym i sekcyjnym; *e*) badań nad leczeniem raka wogóle, oraz poszczególnych narządów. Prace w języku polskim, opatrzone godłem, powtórzonem na zapieczętowanej kopercie, zawierającej nazwisko i adres autora, nadsyłać należy najdalej do 1. marca 1910 pod adresem »Komitet badania i zwalczania raka. Warszawa, Towarzystwo higieniczne, Krakowskie Przedmieście 66«. Nagrodzona praca, pozostając własnością autora, powinna być niezwłocznie oddana do druku do jednego z polskich czasopism lekarskich. Sąd konkursowy składają: Dr J. Jaworski, Fr. Kijewski, Prof. Przewoski, M. Rejchman i S. Serkowski.

— Towarzystwo lekarskie warszawskie uczciło na posiedzeniu w dniu 17. III. b. r. uroczyście 50-lecie pracy p. Jankowskiego, sekretarza Zarządu Towarzystwa i Kasy wsparcia wdów i sierót po lekarzach. W kancelaryi Towarzystwa zawieszono portret Jubilata.

— Zasłużony Dr Stanisław Markiewicz obchodził w d. 29. III. b. r. dwudziestopięciolecie pracy na stanowisku lekarza naczelnego kolei warszawsko-wiedeńskiej. Delegacya lekarzy kolejowych złożyła Jubilatowi zebraną ze składek znaczniejszą kwotę, za którą ma być ufundowane wieczyste miejsce imienia Jubilata w stworzonych przez niego koloniach letnich.

— Nagrodę im. Moczutkowskiego przyznało warszawskie Towarzystwo lekarskie Dr Świąteckiemu.

— Lekarze przytułków położniczych złożyli zarządowi miasta memoryał, wskazujący na opłakany stan tych zakładów i na konieczność założenia przynajmniej 3 dalszych po 50 łóżek. Koszt budowy jednego takiego zakładu wyniósłby około 35,000 rb.

— Do walki z cholerą poczyniono w Warszawie rozległe przygotowania, urządzono domy izolacyjne i t. p. Tymczasem cholery niema. Natomiast przeciw grasującym właśnie groźnym epidemiom nie podjęto nawet części podobnych środków walki.

— W dziennikach warszawskich podniesiono wzrastający brak lekarzy w Królestwie Polskiem, wskutek czego ważne nawet stanowiska, n. p. przy fabrykach, dostają się w ręce felczerów, nieraz bardzo młodych. Z lekarzy Polaków, kończących obecnie wszechnice zagraniczne, znaczna podobno część osiada poza granicami Królestwa.

Z różnych stron. Komitet organizacyjny IV. Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich podaje do wiadomości, że posiedzenia Zjazdu trwać będą od 6. do 10. czerwca b. r. Wkładki uczestnictwa (10 koron) przesyłać można przekazem pocztowym pod adresem: »Praha, II. Příkopy, Živnostenská Banka«. Uczestnicy Zjazdu otrzymują bezpłatnie wszystkie publikacye Zjazdu. Zamierzone odczyty i wykłady zgłaszać należy listownie do prezydyum odpowiedniej sekcyi. Sprawy mieszkań i t. d. załatwia komitet organizacyjny praski na poprzednie żądanie.

— Porządek dzienny posiedzenia Sekcyi lekarskiej Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu w dniu 7/20. III. b. r. obejmował następujące wykłady: 1) Dr Gutowski: O warunkach zdrowotnych w Carskiem Siole. 2) Mr. farm. Leśniewska: Znaczenie specyalnego wykształcenia pracujących w aptekach przed ich wstąpieniem na drogę farmaceutyczną. 3) Prof. Dr Ziemacki: Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.

— Komitet międzynarodowego Zjazdu przeciwgruźliczego w Washingtonie ogłasza (oprócz nagrody im. Hodgkina, o której donosiliśmy) konkurs międzynarodowy na 5 jeszcze nagród po 1,000 dolarów z 2 medalami złotymi i 3 srebrnymi, a mianowicie: 1) za najskuteczniejszą działalność na polu zwalczania gruźlicy przez stowarzyszenia przeciwgruźlicze, 2) za najlepsze uzdrowisko dla robotników, już istniejące, 3) za najlepszy projekt domu robotniczego z umeblowanemi mieszkaniami, 4) za najlepszy projekt polikliniki dla suchotników niezamożnych, 5) za najlepszy projekt szpitala dla chorych na rozwiniętą gruźlicę. Nadto przyznanych będzie 7 nagród po 100 dol. z medalami za najlepsze krótkie pouczenia (przepisy) dla osób dorosłych, dla matek, dla nauczycieli, robotników fabrycznych i rolnych i dzieci. Wreszcie przyznanych będzie jeszcze 8 nagród w postaci medali złotych za najlepsze zestawienie praw i rozporządzeń przeciw gruźlicy i t. d. Bliższych wiadomości udziela Komitet Zjazdu, Washington D. C. 810. Colorado Building.

— Międzynarodowy Zjazd laryngologiczny w Wiedniu rozpocznie się 21. IV. b. r. uroczystem posiedzeniem, zagajonem przez Prof. Chiariego, na którem mowę ku czci Türcka i Czermaka wygłosi Prof. Schrötter. W następnych dniach (22—25.) rozpoczynać się będzie każde posiedzenie referatem, których tematy są następujące: 1) Laryngologia i rynologia ze stanowiska ogólno-lekarskiego. 2) Związek chorób nosa i jamy nosowogardłowej z chorobami oka. 3) Leczenie ogólne miejscowych chorób górnych dróg oddechowych. 4) Promienie Röntgena w laryngologii. 5) Leczenie gruźlicy górnych dróg oddechowych. 6) Międzynarodowe zjazdy laryngologiczne. Wśród zaproszonych referentów znajduje się dwóch Polaków: Dr Heryng i Prof. Jurasz. Wykładów zgłoszono dotąd 79, wśród nich Dr Herynga i Sędziaka z Warszawy. Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa laryngologiczna. Na zjazd wysyła delegatów 17 towarzystw laryngologicznych, m. i. warszawskie (Dr A. Sokołowski) i 40 uniwersytetów (delegatem z Heidelberga jest Prof. Jurasz, z Krakowa Prof. Pieniążek).

— Prof. Dr W. Rothert ustąpił z katedry botaniki w Odessie. Prof. Rothert, liczący obecnie 46 r. ż., odbył studya na wszechnicy dorpackiej, poczem pracował w Strassburgu, Paryżu i Petersburgu; w r. 1889 został etatowym docentem w Kazaniu, skąd został powołany do Odessy.

— Dr Kazimierz Orzechowski (Wiedeń, IX, Wäringerstrasse 13), jako sprawozdawca polski międzynarodowego kwartalnika »Epilepsia« uprasza autorów prac o padaczce o nadsyłanie mu odbitek lub streszczeń.

— W Göttingen rozpoczęli profesorowie Wydziału lekarskiego szereg wykładów popularnych o partactwie leczniczem.

— Z powodu śmierci Prof. Hoffy zmierza podobno Wydział lekarski berliński do zwinięcia katedry i polikliniki ortopedycznej, do dodania zaś na jej miejsce oddziałów ortopedycznych w obu klinikach chirurgicznych; ministerstwo zaś temu się opiera. To dało powód do sporu w dziennikach lekarskich niemieckich, czy ortopedyę należy uważać za samodzielną gałąź sztuki lekarskiej, czy też nie. Otóż, o ile chodzi o wykształcenie tylko studentów, to niewątpliwie każda klinika chirurgiczna może w zakresie ortopedyi zapewnić swym słuchaczom wiadomości, wystarczające w życiu praktycznem. Ale nie można sobie bez osobnych zakładów wyobrazić ani dalszego rozwoju ortopedyi, ani rozwoju opieki nad kalekami, ani kształcenia się specyalistów-ortopedów, którzy w razie braku uniwersyteckich klinik ortopedycznych musieliby szukać nauki chyba po zakładach prywatnych.

K.

— Podjęte w Niemczech poszukiwania statystyczne zdają się wskazywać, że częstość zapalenia wyrostka robaczkowego szybko się tam wzmaga. W latach 1903—1906 liczba zachorowań prawie się podwoiła, wzrastając z 8,412 na 16,781, śmiertelność zaś zmniejszyła się z 9,46 na 6,68. Wśród zmarłych w r. 1906 przeważają nieco mężczyźni (58 wobec 42 kobiet na sto zmarłych).

— Zmarły 9 XII. r. z. w 70 r. życia laryngolog Maurycy Schmidt, jeden z wytrwałych pionierów uleczania na drodze chirurgii endolaryngealnej gruźlicy krtani, zostawił w rozporządzeniu ostatniej woli życzenie, aby po śmierci jego dokonano sekcyi płuc, w celu wysnucia ewentualnych wniosków, o ile stałe obcowanie z chorymi na płuca i krtań, wywiera wpływ na ustrój leczącego lekarza. Przy sekcyi znaleziono w jednym z dolnych płatów płuc zabliźnione ognisko gruźlicze, powstałe prawdopodobnie wskutek aspiracyi. Już sam fakt zarządzenia sekcyi w celu stwierdzenia prawdy naukowej, świadczy o wielkiej miłości ludzkości u zmarłego. Cześć pamięci wielkiego ducha, któremu laryngologia w bieżącym roku pięćdziesięcioletniego jubileuszu złoży hołd należny. *A. B.*

— 18 Zjazd psychiatrów i neurologów francuskich odbędzie się w Dijon 3—9. VIII. b. r.

Mianowani: Dr M. Lubelski bezpłatnym lekarzem-eksternem szpitala izr., Dr J. Wertheim bezpłatnym asystentem szpitala Dz. Jezus, a Dr Kucharzewski i Dr Karpiński ordynatorami szpitala ewangelickiego (z »pensyą« roczną rb. dwieście!) w Warszawie;

Doc. Mohr z Berlina profesorem nadzw. i dyrektorem polikliniki lekarskiej w Halle; Doc. Oppel profesorem chirurgii ogólnej w Akademii petersburskiej.

Zmarli: Dr Józef Zoll, wychowaniec i b. asystent Uniw. Jag., konsulent sanitarny Dyrekcyi kolei państwowych w Krakowie, założyciel i pierwszy prezes Towarzystwa lekarzy kolejowych zach.-galic., w kołach koleżeńskich z powodu swej uczynności i prawości charakteru szerokie posiadający sympatye, zmarł w 40 r. ż. w Clavadel pod Davos; Dr Antoni Benda, lekarz kolei państw. w 40 r. ż. w Dębicy; Dr Leon Sikorski, b. lekarz kolei elektrycznych i fabryk m. Łodzi, w 80 r. ż. w Borzykówce w piotrkowskiem; Dr Celestyn Sztembart, b. naczelny lekarz Kasy chorych, w 54 r. ż. we Lwowie.

Redakcya otrzymała: Puławski W.: Zur Statistik der Scharlachheilserumtherapie. Deuts. med. Wochs. 1908. Nr 5. — Biegański Władysław: Logika medycyny czyli krytyka poznania lekarskiego. Wydanie drugie na nowo opracowane. Z zapomogi Kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1908. (E. Wende). Cena rb. 1. — Nowotny: Bronchoskopie und bronchoskopische Behandlung von Bronchialasthma. Monats. f. Ohrenhk. 1907. — Rudzki: Stosunek lekarzy do bojkotu narodowego Niemców. Głos lek. 1908. — Neugebauer: Hermaphroditismus beim Menschen. Lipsk. Klinkhardt. Str. 748. Cena 40 Mk.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich polskich w marcu 1908: *Gazeta lekarska Nr 9—12:* Gryglewicz: W sprawie etyologii dysenteryi i jej leczenie surowicą. Bregman (c. d.). Dłuski i Rospędzihowski (c. d.). Lorentowicz (c. d.). Bartkiewicz: Luxatio carpo-metacarpea. Henryk Landau: W kwestyi t. zw. ziarnistej degeneracyi czerwonych krążków krwi. — *Medycyna i Kronika lekarska Nr 10—13:* Leyberg: Znaczenie dla praktyki nowoczesnych postępów syfilidologii. Endelman: Rzadkie wskazanie do cięcia cesarskiego oraz kilka uwag o sposobie operacyjnym Fritscha. Biro: Leczenie chirurgiczne nowotworów mózgu. Hornowski: Przyczynek do rozpoznania za życia niezamkniętego otworu owalnego serca u dorosłych. Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura. Wizel: Parę słów w sprawie nazwy »obłęd maniakalno-depresyjny«. — *Tygodnik lekarski Nr 10—13:* Sołowij: Postępowanie wyczekujące podczas porodu przy miednicy ścieśnionej w granicach conjugata vera 7—11 cm. Gluziński (c. d.). Papée: O reformie prostytucyi. Klarfeld: Badania ergograficzne nad odruchem kolanowym. Nowicki: Badania nad wyrostkiem robaczkowym z uwzględnieniem stosunków anatomicznych i patologicznych. Ożga: Z kazuistyki przepuklin. Grek i Reichenstein: Zahowanie się ciałek białych krwi przy obecności tasiemca w przewodzie pokarmowym u człowieka. — *Nowiny lekarskie Nr 3:* Wachholz: Wątpliwy stan umysłowy nałogowej oszustki. Damański i Wilenko: Doświadczenia z surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. Sędziak (dok.). Czyżewicz jun. (dok.). — *Czasopismo lekarskie Nr 2:* Perlis: Kilka słów o powikłaniach przy próbnem nakłuciu opłucnej. Poczobut (c. d.). Ryttel. Spostrzeżenia z praktyki. — *Postęp okulistyczny Nr 2:* Bednarski: O zaniku nerwu wzrokowego przy nieforemnej czaszce. — *Zdrowie Nr 3:* Grundzach: Z pobytu w Ciechocinku. Grudziński: Działalność oddziału wodoleczniczego w Ciechocinku za pierwsze 3 lata istnienia. Ciągliński: Oddział elektroterapeutyczny w Ciechocinku. — *Przegląd higieniczny Nr 3:* Bruchnalski: Wentylacya izb szkolnych jaką jest, a jaką być powinna. Maślanka: O kanalizacyi naszych miast. Szpilman (dok.). Krzyżanowski: O poznawaniu zafałszowanych pokarmów i napojów. — *Głos lekarzy Nr 6—7:* Rudzki: Stosunek lekarzy do bojkotu narodowego Niemców. Wątorek: Ustawa o zabezpieczeniu urzędników prywatnych wobec interesów lekarzy. Mikołajski: 1) Inseraty niemieckie i pruskie. 2) Niemiecki projekt ustawy o partaczach leczniczych. 3) Ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych. Porajewski: Nieufność władz do lekarzy. Nowak Wł.: W sprawie ubezpieczenia lekarzy kasowych.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 8. kwietnia o godzinie 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: 1) Dr Schlank: W sprawie opatrywania pępowiny u noworodka. 2) Dr Tadeusz Mayzel (jako gość): Prostytucya a choroby weneryczne.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Rozpylacz do proszków, wdmuchiwanych do krtani, nosa i t. d. starał się ulepszyć Eiselt (Dts. med. Wochs. 1908, Nr 7 i Prager med. Wochs. 1908, Nr 10) przez matowe szkło tej części rurki, w której znajduje się proszek, by się proszek lepiej w rurce trzymał i przez odpowiednią wstawkę, nie dozwalającą cofać się proszkowi w rurce, gdy chory zakaszle. (Rozpylacz ten wyrabia fabryka F. Ulbricha, w Kukan pod Gablonz w Czechach). *R.*